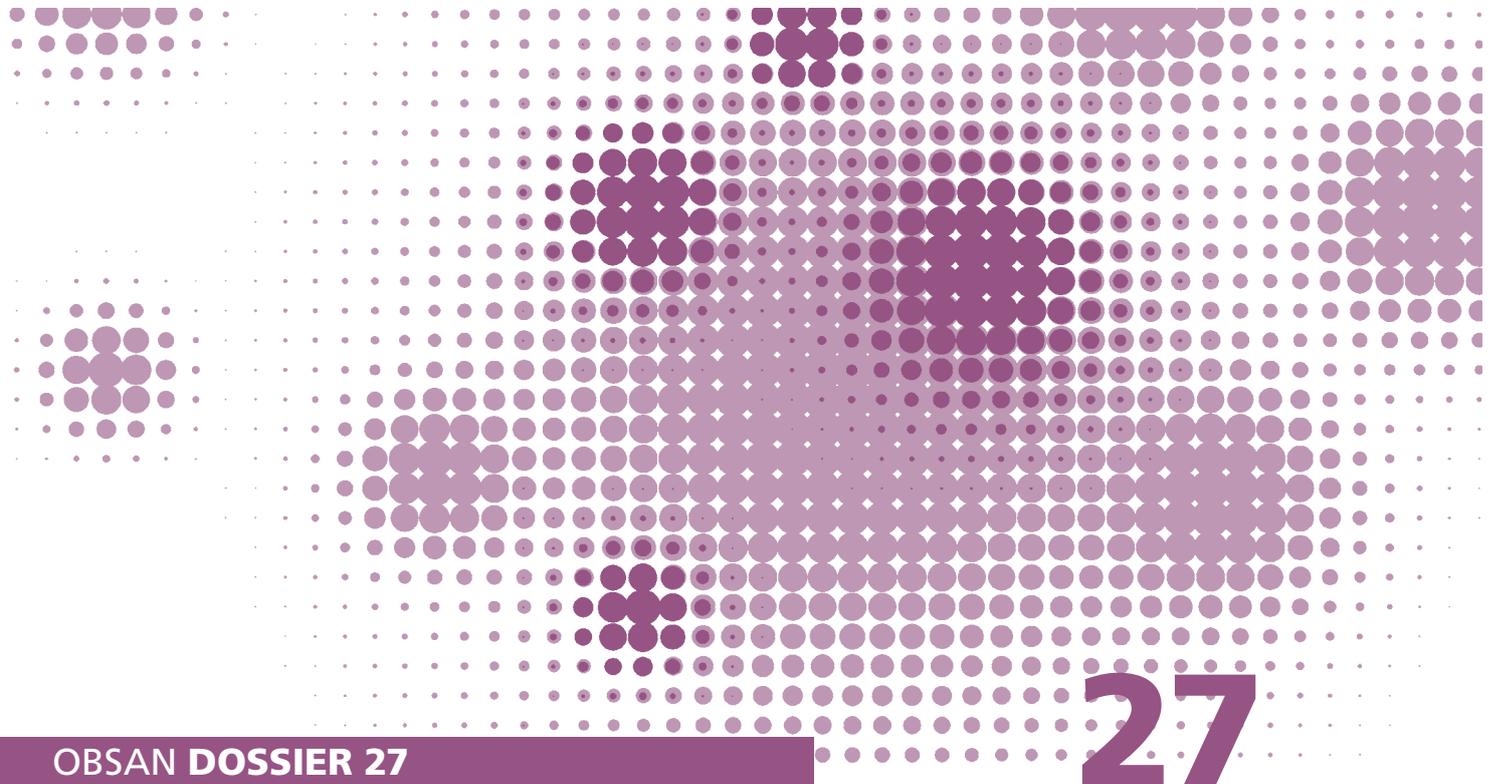




Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



OBSAN DOSSIER 27

27

Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa

Nicole Bachmann

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der Reihe «**Obsan Dossier**» erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorin

Nicole Bachmann, protagonist GmbH

Reviewboard

- Timo-Kolja Pfortner, Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Holger Schmid, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Olten.

Projektleitung Obsan

Monika Diebold

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 27

Zitierweise

Bachmann N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 058 463 60 45
E-Mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen
(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

Publikationsnummer

1037-1401-05

ISBN

978-2-940502-28-8

© Obsan 2014



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa

Nicole Bachmann

Obsan Dossier 27

Neuchâtel, 2014

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	5
Résumé	11
1 Einleitung	17
1.1 Was versteht man unter dem Begriff 'Soziale Ressourcen'?	19
1.2 Soziale Integration und soziales Kapital	21
1.3 Soziale Netze	23
1.4 Soziale Unterstützung	25
1.5 Die Entstehung von sozialen Ressourcen abhängig von individuellen Merkmalen und Umwelteigenschaften	26
1.6 Übersicht über die bisherigen Studien zu den sozialen Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung	32
1.7 Zusammenfassung	32
2 Soziale Ressourcen: die Wirkung auf die Gesundheit	35
2.1 Soziale Integration schützt vor frühzeitigem Tod	35
2.2 Soziale Ressourcen senken bestimmte Krankheitsrisiken	36
2.3 Über welche Mechanismen nehmen soziale Ressourcen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit?	37
2.4 Zusammenfassung	40
3 Soziale Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung: die sozialen Netze	41
3.1 Einleitung	41
3.2 Grösse und Zusammensetzung der sozialen Netze der Schweizer Bevölkerung	42
3.3 Veränderungen der sozialen Netze der Bevölkerung im Verlauf der Zeit	47
3.4 Kritische Lebensereignisse beeinflussen die Unterstützungsnetze	52
3.5 Zusammenfassung	54
4 Soziale Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung: soziale Unterstützung	55
4.1 Einleitung	55
4.2 Erwartete Unterstützung	55
4.3 Erhaltene Unterstützung	58
4.4 Zusammenfassung	63
5 Soziale Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung: soziales Kapital	65
5.1 Einleitung	65
5.2 Soziales Vertrauen in der Schweizer Bevölkerung	65
5.3 Regionale Unterschiede im sozialen Kapital	66
5.4 Das Vertrauen in die Mitmenschen ist heute höher als vor zehn Jahren	67
5.5 Zusammenfassung	68

6	Die sozialen Ressourcen der Schweizer Bevölkerung im europäischen Vergleich	69
6.1	Einleitung	69
6.2	Das soziale Kapital der Schweizer Bevölkerung im europäischen Vergleich.....	70
6.3	Das soziale Netz und erlebte Einsamkeit im europäischen Vergleich.....	74
6.4	Erklärungsansätze für die innereuropäischen Differenzen in den sozialen Ressourcen	79
6.4.1	Mehrebenen-Analyse des sozialen Kapitals	81
6.4.2	Mehrebenen-Analyse des sozialen Netzes	84
6.5	Zusammenfassung und Diskussion	86
7	Literaturverzeichnis	89
8	Anhang	95
8.1	Beschreibung der Datenquellen und verwendeten Variablen	95
8.2	Anhang zu Kapitel 3.....	99
8.3	Anhang zu Kapitel 4.....	99
8.4	Anhang: Kapitel 6.....	102
	Index der Tabellen und Abbildungen	103

Management Summary

Soziale Integration ist eine für das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Lebenserwartung zentrale Ressource. Menschen, die gut vernetzt sind, ausreichend Unterstützung erhalten und die sich eingebunden fühlen in ein ausgeglichenes System von Geben und Nehmen, leben länger und sind sowohl körperlich wie auch psychisch gesünder als Menschen, die unter sozialer Isolation leiden.

In diesem Bericht wird untersucht, wie hoch der Anteil an gut integrierten oder sozial isolierten Menschen in der Schweiz ist, wie sich dieser Anteil über die Zeit verändert und welche Personengruppen ein besonders hohes Risiko haben, sozial isoliert zu leben. Ausserdem werden die Resultate für die Schweiz verglichen mit verschiedenen europäischen Staaten.

Was sind soziale Ressourcen?

Bevor man sich mit der Wirkung von sozialen Beziehungen auf die Gesundheit auseinandersetzen kann, sollte man sich vergegenwärtigen, dass soziale Ressourcen kein einheitliches Konstrukt, sondern ein Terminologiefeld darstellen, das sich in drei verschiedene Dimensionen gliedern lässt: soziale Netze, soziale Unterstützung und soziales Kapital. Soziale Netze beschreiben die Struktur der Beziehungen, wobei man sich die Personen als Knoten und die Beziehungen als die Verbindungslinien zwischen den Knoten vorstellen kann. Wichtige Eigenschaften von sozialen Netzen sind deren Grösse, die Art und Stärke der Beziehungen und die Reziprozität des Austausches. Unter sozialer Unterstützung versteht man die Vermittlung von Hilfe (z.B. praktische Hilfe, aber auch Wertschätzung oder Informationen) zwischen den Mitgliedern des Netzes. Die Unterscheidung zwischen der erwarteten und der erhaltenen Unterstützung ist im Zusammenhang mit der Wirkung auf die Gesundheit wichtig. Das soziale Kapital kann als gemeinsam geteilte Normen und Werte verstanden werden, die die Mitglieder einer Gruppe oder Gesellschaft zu koordinierten Anstrengungen motivieren und befähigen, gemeinsame Ziele zu erreichen.

Soziale Ressourcen entstehen als Transaktion zwischen Person und Umwelt, wobei sich die Person und ihre Umwelt durch diesen Prozess über die Zeit verändern. Auf diese Weise können positive, aber auch negative Dynamiken entstehen, die beispielsweise in der Form eines Teufelskreises die Ressourcen des Individuums immer weiter schwächen. Wichtige Eigenschaften der Person, die sich auf die Entstehung und Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen auswirken, sind u.a.: Geschlecht, Alter, soziale Kompetenz, Persönlichkeitseigenschaften (u.a. Kontrollüberzeugung) und sozio-ökonomische Faktoren wie Bildung und Einkommen. Auf der anderen Seite haben gemäss der wissenschaftlichen Literatur insbesondere folgende Eigenschaften der Umwelt einen Einfluss auf die Bildung sozialer Ressourcen: architektonische und sozial-räumliche Eigenschaften des Lebensraums sowie das Ausmass der sozialen Ungleichheit innerhalb einer Gesellschaft.

Für Informationen über die sozialen Ressourcen der Schweizer Bevölkerung stehen folgende Datenquellen im Zentrum, die u. a. für diesen Bericht analysiert wurden: die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB, BFS), das Schweizer Haushaltspanel (SHP, FORS), der European Social Survey (ESS, FORS). Es existieren bisher nur wenige Analysen und Studien, die sich explizit mit dem Thema der sozialen Ressourcen in der Schweizer Wohnbevölkerung befassen. Die meisten stützen sich auf die Datenerhebungen des Schweizer Haushaltspanels, der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und der Volkszählung. Die ausgewerteten Daten sind rund zehn Jahre alt. Internationale Vergleiche existieren bisher nur zu punktuellen Fragestellungen.

Wie wirken sich soziale Ressourcen auf die Gesundheit aus?

Die Wirkung von sozialen Ressourcen auf die Gesundheit ist empirisch ausserordentlich gut bestätigt. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang sind mehrere gross angelegte Prospektivstudien, welche bestimmte Bevölkerungsgruppen über lange Jahre und Jahrzehnte beobachteten und immer wieder auf ihre Gesundheit hin befragten und untersuchten. In diesen Studien wurde beobachtet, dass

das Risiko frühzeitig zu sterben von sozial isolierten Personen zwischen 2 und 5 Mal so hoch ist, wie das Risiko von gut integrierten Personen. Zusammenfassend kann man feststellen, dass soziale Unterstützung, soziale Integration und ähnliche Konstrukte eine erhebliche Wirkung auf die Mortalität resp. Lebenserwartung wie auch auf Krankheitsrisiken, Genesungschancen und Genesungsdauer haben. Eine gute soziale Integration und soziale Unterstützung senken insbesondere die Risiken von Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen und Infektionskrankheiten.

Was die genaue Wirkungsweise angeht, sind aber noch immer viele Fragen offen. In der wissenschaftlichen Literatur werden verschiedene Modelle vorgeschlagen, welche die Pfade zwischen sozialen Kontakten und Interaktionen und salutogenen oder pathogenen Prozessen erklären sollen. In dem Modell von Berkman & Glass (2000) werden soziale Netze, die durch gesellschaftliche und sozio-ökonomische Rahmenbedingungen beeinflusst sind, als Potenzial zur Ermöglichung von sozialer Unterstützung betrachtet. Diese psychosozialen Mechanismen lösen beim Individuum Reaktionen auf der behavioralen, der psychologischen und der physiologischen Ebene aus. Auf der Grundlage des neuesten Stands der empirischen Forschung kommt Uchino (2006 und 2012) zum Schluss, dass soziale Unterstützung über die Beeinflussung von Verhalten und Emotionen, biologische Prozesse auslösen oder beeinflussen. Neue Studien haben Hinweise darauf ergeben, dass soziale Kontakte auch einen direkten Einfluss auf physiologische Prozesse haben, wie beispielsweise auf den Hormonspiegel, die Immunabwehr oder Entzündungsprozesse. Da soziale Ressourcen ganz unterschiedliche Krankheitsrisiken wie Krebs, Diabetes oder Herzinfarkt zu beeinflussen vermögen, postuliert Uchino (2012) einen integrativen Mechanismus. Diesen sieht er in Entzündungsprozessen, die durch das Immunsystem vermittelt werden.

Soziale Ressourcen haben neben dem Gesundheitsschutz auch eine volkswirtschaftliche Bedeutung: Gesellschaften mit hohem sozialem Kapital sind beispielsweise eher fähig, durch den raschen Fluss von Informationen über Arbeitgeber und Arbeitnehmer im sozialen Netz offene Stellen rasch und adäquat zu besetzen und damit die Arbeitslosenrate tief zu halten. Ein gewisses Ausmass an sozialem Kapital ist eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren eines demokratischen Systems: Ohne Vertrauen in die Mitmenschen, die politischen und juristischen Organe des Staates, kann eine Demokratie nicht fortbestehen. Tiefes soziales Kapital einerseits und Korruption, Misstrauen gegenüber den Behörden und Steuerhinterziehung andererseits gehen Hand in Hand. Aber auch auf den Bedarf und damit die Kosten der Gesundheitsversorgung haben soziale Ressourcen einen immensen Einfluss: Ein grosser Teil der häuslichen Pflege in der Schweiz wird auch heute noch von Angehörigen, befreundeten oder benachbarten Personen erbracht. Es sind in erster Linie Frauen, die diese Arbeit übernehmen. In vielen Fällen erübrigt sich damit die dauerhafte und kostenintensive Unterbringung in einem Pflegeheim.

Die kulturpessimistische Perspektive bestätigt sich nicht.

Die typische Grösse des sozialen Netzes einer in der Schweiz wohnhaften Person ab 15 Jahren umfasste im Jahr 2010 19 Personen. Dieses Netz setzte sich zusammen aus: 2 Personen des primären Netzes (Mitglieder des Haushalts sowie Lebenspartner/in, falls diese/r in einem anderen Haushalt wohnt), 10 Personen des nahen Netzes an befreundeten Personen und Verwandten und 7 Personen des peripheren Netzes (Kolleginnen/Kollegen, Bekannte sowie Nachbarinnen/Nachbarn). Männer haben ein grösseres soziales Netz. In diesem Zusammenhang fallen besonders die jungen Männer (15-24 J.) auf: Ihr typisches Netz umfasst über 35 Personen, bei den jungen Frauen sind es lediglich 25 Personen. Mit zunehmendem Alter wird das soziale Netz markant kleiner. Es sind besonders die alten Frauen, welche in der Schweiz sozial isoliert leben: 62% der über 75-jährigen Frauen haben kein primäres Netz (das heisst, sie haben keinen Lebenspartner und wohnen alleine in einem Haushalt), bei den gleichaltrigen Männern beträgt dieser Anteil lediglich 16%.

Die Bevölkerung der Schweiz fühlt sich im Durchschnitt gut unterstützt. Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl die Erwartung, genügend Hilfe zu erhalten, wie auch die tatsächlich erhaltene Unterstützung deutlich ab. Nahe stehende Personen (Lebenspartner und Vertrauensbeziehungen) sind von beson-

ders grosser Bedeutung für die erhaltene Unterstützung, wobei für Männer die Lebenspartnerin die wichtigste Quelle von praktischer und emotionaler Unterstützung darstellt. Vielleicht ist dies auch eine Erklärung dafür, dass Männer in der Lebensphase zwischen 15 und 24 Jahren, während der ein Grossteil von ihnen noch nicht in einer festen Beziehung lebt, deutlich weniger Unterstützung erhalten als die gleichaltrigen Frauen. Junge Männer haben also ein ausserordentlich grosses soziales Netz, aber erhalten gleichzeitig deutlich weniger praktische und emotionale Unterstützung als die gleichaltrigen Frauen, aber auch als die Männer zwischen 25 und 64 Jahren.

Auch das allgemeine Vertrauen in die Mitmenschen ist in der Schweiz stark ausgeprägt. Diese Dimension der sozialen Ressourcen (soziales Kapital) nimmt als einzige nicht ab in den höheren Altersgruppen und es gibt auch keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Die Bevölkerung der lateinischsprachigen Kantone hat ein geringeres soziales Kapital als diejenige der deutschsprachigen Kantone. Die tiefsten Werte weisen die Kantone Neuenburg, Wallis, Genf, Fribourg und Waadt auf; die höchsten Werte finden sich in Schwyz, Schaffhausen, Luzern, Solothurn und Basel-Stadt.

Die vermutete zunehmende Individualisierung und damit eine Zunahme der Isolation in unserer Gesellschaft, die auch mit der Nutzung von 'Social Media' begründet wurde, konnte im Rahmen der hier untersuchten Daten nicht beobachtet werden. Es zeigten sich keine Hinweise, dass sich die Schweizer Wohnbevölkerung als Ganzes in einem negativen Trend befinden würde, was ihre sozialen Ressourcen angeht. Im Gegenteil: In vielen Aspekten der sozialen Ressourcen zeigen sich in den letzten 10, 15 Jahren sogar leichte Zunahmen. Auch im europäischen Vergleich erreicht die Schweiz hohe Werte: Hinter den skandinavischen Ländern gehört die Schweiz zu den Ländern mit den höchsten Werten. Auf der anderen Seite ändert die Tatsache, dass junge Schweizer Männer heute über durchschnittlich 8 Freundinnen oder Freunde mehr verfügen als vor 10 Jahren nichts an der Tatsache, dass sich diese Bevölkerungsgruppe im Vergleich zu den gleichaltrigen Frauen wie auch den bereits älteren Männern wenig unterstützt fühlt. Auf Basis der bisher seltenen empirischen Studien zum Zusammenhang von «Social Media» und sozialer Integration lässt sich vermuten, dass Beziehungen, die ausschliesslich über Online-Medien gepflegt werden, weniger nahe sind. Ausserdem mag bei dieser starken Zunahme der Anzahl Freundschaften bei den jungen Schweizer Männern auch eine Veränderung der Konnotation des Begriffs «Freund» eine Rolle spielen. Innerhalb von facebook «freundet» man sich leichter und mit geringerem Aufwand als im Alltagsleben.

Soziale Isolation und Einsamkeit in der Schweizer Bevölkerung: Wer hat, dem wird gegeben.

Soziale Ressourcen sind in der Schweizer Wohnbevölkerung aber sehr unterschiedlich verteilt: es gibt Personengruppen, die gut vernetzt sind, über viele unterstützende Beziehungen verfügen und im Bedarfsfall Hilfe erhalten. Es gibt aber auch Personen, die kaum soziale Kontakte pflegen, die unter Einsamkeit leiden und die beispielsweise niemanden kennen, der ihnen im Fall einer Bettlägerigkeit Hilfe leisten würde. 10% der Schweizer Wohnbevölkerung sagen, dass sie zu maximal neun Personen eine gute Beziehung haben, 1% sogar zu maximal zwei Personen.

Neben Alter und Geschlecht als Einflussfaktoren zeigt sich in der Schweiz ebenfalls ein deutlicher sozialer Gradient in den sozialen Ressourcen: Personen mit höherer Schulbildung und höherem Einkommen sowie Personen, die als Schweizer Bürgerinnen oder Bürger geboren wurden, erhalten mehr Unterstützung und haben auch ein höheres Vertrauen in ihre Mitmenschen.

Die vulnerablen Gruppen in Bezug auf eine soziale Isolation, mangelnde Unterstützung und geringes soziales Kapital bleiben seit vielen Jahren gleich. Es handelt sich um:

- Betagte Menschen, insbesondere allein wohnende betagte Frauen
- Personen mit tiefer Schulbildung und geringen finanziellen Mitteln
- Migrantinnen und Migranten mit tiefem sozio-ökonomischem Status (Bildung, Wohlstand)
- Alleinerziehende
- Personen nach einer psychischen Erkrankung

Neu zeigen sich aufgrund unserer Analysen Hinweise auf zusätzliche vulnerable Gruppen:

- Junge Männer
- Alleinwohnende (insbesondere Männer ohne Lebenspartnerin)

In diesem Zusammenhang sollte erwähnt werden, dass in der Schweiz bereits heute ein sehr hoher Anteil an Einpersonen-Haushalten besteht und dass sich dieser Trend fortsetzen wird. Es sind vor allem die Städte wie Bern, Basel, Zürich oder Lausanne, in denen jede zweite Person alleine wohnt. Alleinwohnende Männer scheinen mehr Mühe zu haben, sich aktiv ausserhalb ihres Haushalts genügend Beziehungen aufzubauen und soziale Unterstützung zu bekommen als Frauen. Dies führt auch zu konkreten Problemen, die wiederum Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung haben: Wer beispielsweise keine einzige Person kennt, die ihm im Fall einer Bettlägerigkeit Hilfe leistet, ist eher auf Spitex oder sogar einen Spitalaufenthalt angewiesen oder kann während der Rehabilitationsphase erst viel später nach Hause entlassen werden.

Beträchtliche Unterschiede zwischen den Staaten Europas

Nicht nur innerhalb einer Gesellschaft lassen sich Unterschiede zwischen Gruppen mit hoher sozialer Vernetzung und Gruppen, die von sozialer Isolation betroffen sind, erkennen. Unsere Analysen zeigen auch beträchtliche Differenzen zwischen den verschiedenen Ländern Europas. Bisher haben andere Studien vor allem internationale Unterschiede im sozialen Kapital untersucht. Aber auch bei den sozialen Netzen, der sozialen Unterstützung oder etwa der erlebten Einsamkeit zeigen sich grosse Unterschiede, wobei diese verschiedenen Dimensionen der sozialen Ressourcen sich homogen verhalten: In einem Land mit einem hohen Anteil an Personen, die an Einsamkeit leiden, ist auch das soziale Kapital tief. Zur Veranschaulichung der Unterschiede zwischen den Ländern seien hier zwei Beispiele mit besonders tiefen und besonders hohen sozialen Ressourcen aufgeführt: 47% der Ungarn ab 15 Jahren haben in ihrem Privatleben kaum Kontakt mit befreundeten Personen, Verwandten oder Kolleginnen und Kollegen und 11% von ihnen fühlen sich oft einsam; in Norwegen liegen die entsprechenden Anteile bei lediglich 7% mit kaum Kontakt und bei 2%, die sich oft einsam fühlen.

Die Stärke der sozialen Ressourcen innerhalb von Europa folgt geografisch gesehen folgendem Verlauf: von Norden über Zentraleuropa, nach Süden und schliesslich Südosten und Osten. Zusammenfassend zeigen die untersuchten Indikatoren ein erstaunlich gleichförmiges geografisches Muster. Dies spricht gegen die These, dass in Ländern wie Ungarn, Russland oder Polen die schwach vorhandenen «Weak Ties», also lose Bekanntschaften oder Freundschaften, durch ein intensiveres Familienleben kompensiert werden. Es existieren offensichtlich grosse Unterschiede im Ausmass der vorhandenen sozialen Ressourcen in Europa.

Die Mehrebenen-Analysen zeigen, dass die gefundenen grossen Unterschiede zwischen den Ländern im sozialen Kapital wie auch in den sozialen Netzen und der erlebten Einsamkeit vor allem auf die finanzielle Lage der Bevölkerung zurückgeführt werden können. Sowohl die individuelle Prekarität wie auch der durchschnittliche Wohlstand eines Landes stehen in einem starken Zusammenhang mit den sozialen Ressourcen der Bevölkerung. Dieses Ergebnis ist deshalb interessant, weil man in der wissenschaftlichen Literatur bisher vor allem die These vertrat, dass die relative Armut bedeutsamer ist für die sozialen Ressourcen als die absolute Armut. Wer als Armer unter Armen lebt, sollte demnach kein Handicap haben in Bezug auf sein soziales Netz, seine Beziehungen und die erlebte Einsamkeit. Die hier vorliegenden Ergebnissen zeigen ein anderes Bild: absolute Armut resp. eine prekäre finanzielle Lage senken die Chancen auf eine gute soziale Integration, schränken die privaten Kontakte ein, fördern die erlebte Einsamkeit und schwächen das Vertrauen in die Mitmenschen wie auch die eigene Regierung. Und dies gilt offensichtlich für ganze Regionen oder Länder innerhalb von Europa. Die Wirkungsrichtung dieses Zusammenhangs konnte innerhalb dieses Berichts ebensowenig untersucht werden wie die kausalen Prozesse.

Lücken und Grenzen dieses Berichts

Folgende Bevölkerungsgruppen der Schweiz konnten im Rahmen dieses Berichts ungenügend oder gar nicht berücksichtigt werden: Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren sowie Migrantinnen und Migranten mit ungenügenden Sprachkompetenzen, da diese beiden Gruppen im Rahmen der gesamtschweizerischen Surveys, die wir analysiert haben, nicht erfasst wurden.

Die hier verwendeten Daten wurden nicht eigens für diesen Bericht erhoben. Das bedeutet, dass die Konstrukte und die Operationalisierung der Variablen von Erhebung zu Erhebung verschieden sind. Ein direkter Vergleich der Ergebnisse von einem Datensatz zum anderen ist deshalb nicht möglich. Die Verwendung von Querschnittdaten bringt ausserdem das Problem mit sich, dass nichts über kausale Zusammenhänge ausgesagt werden kann.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Schweizer Bevölkerung verfügt nach wie vor über ein hohes Ausmass an sozialen Ressourcen. Dies ergibt auch der internationale Vergleich innerhalb von Europa. Es zeigen sich keine Hinweise darauf, dass sich die soziale Vernetzung, die soziale Unterstützung oder das soziale Kapital insgesamt verringern würden, wie dies immer wieder postuliert wird. Dennoch leiden in der Schweiz bestimmte vulnerable Gruppen unter sozialer Isolation, mangelnder Unterstützung und Einsamkeit. Neben der betagten Bevölkerung sind dies vor allem Personen mit geringem ökonomischem Kapital, mangelndem Bildungskapital oder besonders hoher Belastung (Alleinerziehende). Damit bestätigt sich das sog. Lukas-Theorem: «Wer hat, dem wird gegeben.» Andererseits zeigen sich in der Schweiz auch neue vulnerable Gruppen: junge Männer und alleinwohnende Personen (insbesondere Männer).

Bei der Analyse der sozialen Ressourcen in den europäischen Ländern fällt die grosse Diskrepanz zwischen den reichen Ländern des Nordens und von Zentraleuropa einerseits und den ärmeren Ländern des Südens, Südostens und Ostens andererseits auf. Auf Basis unserer Analysen bleibt unklar, ob der Wohlstand eines Staates die sozialen Kontakte beeinflusst oder ob umgekehrt die sozialen Ressourcen einer Bevölkerung die wirtschaftliche Produktivität und damit auch den Wohlstand beeinflussen. Ausgehend von der transaktionalen Theorie der Entstehung von sozialen Ressourcen muss man annehmen, dass beide Wirkungsrichtungen zugleich bedeutsam sind und dass sie sich gegenseitig verstärken.

Soziale Netze, soziale Unterstützung und das soziale Kapital einer Gesellschaft haben eine wichtige Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung und den Wohlstand eines Landes. Diese Erkenntnis spiegelt sich u. E. noch zu wenig in der Berücksichtigung und Förderung von sozialen Ressourcen innerhalb der Gesundheits- und Sozialpolitik der Schweiz. Das Gesundheitsverhalten, die Bereitschaft Hilfe zu leisten (z.B. Pflege von nahestehenden Personen), aber auch das Wissen über das Gesundheitssystem werden zu einem beträchtlichen Teil durch sozial vermittelte Informationen und Werte beeinflusst.

Résumé

Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé

Leur mode d'influence et leur distribution dans la population suisse et en Europe

L'intégration sociale est une ressource centrale pour le bien-être, la santé et l'espérance de vie. Les personnes qui jouissent d'un bon réseau social et d'un soutien suffisant et qui se sentent intégrées dans un système où les actes de donner et recevoir sont en équilibre vivent plus longtemps et sont en meilleure santé physique et psychique que les personnes qui souffrent d'isolement social.

Les auteurs de ce rapport étudient quelles sont les parts de personnes bien intégrées et de personnes socialement isolées en Suisse, leur évolution au cours du temps, et quels sont les groupes de personnes présentant un risque plus élevé de vivre dans un isolement social. Les résultats établis pour la Suisse sont comparés à ceux de plusieurs Etats européens.

Comment définit-on les ressources sociales?

L'étude de l'influence des ressources sociales sur la santé suppose que l'on garde présent à l'esprit ce que recouvre ce terme. Il ne s'agit pas d'une construction théorique homogène, mais d'un champ sémantique recouvrant trois dimensions: les réseaux sociaux, le soutien social et le capital social. Les réseaux sociaux décrivent la structure des relations sociales : les individus constituent les nœuds de ces réseaux et les relations entre les individus sont représentées par des lignes reliant ces nœuds. La taille des réseaux sociaux, la nature et l'intensité des relations et la réciprocité des échanges sont d'importantes caractéristiques de ces réseaux. Le soutien social correspond à l'aide échangée (p. ex. l'aide concrète, mais aussi l'estime ou les informations) entre les membres du réseau. Lorsque l'on analyse les effets du soutien social sur la santé, il est important de faire la distinction entre le soutien attendu et le soutien reçu. Le capital social, enfin, peut se définir comme l'ensemble des normes et des valeurs partagées par les membres d'un groupe ou d'une société, qui les motivent à coordonner leurs efforts et leur donnent les moyens d'atteindre leurs objectifs communs.

Les ressources sociales naissent d'un échange entre l'individu et son environnement, l'un comme l'autre se modifiant au cours du temps à travers ce processus. Il en résulte des dynamiques, qui peuvent être positives mais aussi négatives si, par exemple, sous l'effet d'un cercle vicieux, elles affaiblissent de plus en plus les ressources de l'individu. Les caractéristiques individuelles qui jouent un rôle important en matière de développement de ressources sociales sont entre autres: le sexe, l'âge, les compétences sociales, les traits de personnalité (sentiment de maîtrise de la vie, notamment) et des facteurs socio-économiques, tels que la formation ou le revenu. D'après la littérature scientifique, les caractéristiques suivantes de l'environnement ont une influence sur le développement de ressources sociales: les caractéristiques architecturales et socio-spatiales du milieu de vie et l'ampleur des inégalités sociales au sein d'une société.

Pour s'informer sur les ressources sociales de la population suisse, on dispose des principales sources de données suivantes, qui ont entre autres été utilisées pour le présent rapport: enquête suisse sur la santé (ESS, OFS), le Panel suisse de ménages (PSM, FORS), l'Enquête Sociale Européenne (ESS, FORS). Les analyses et études portant explicitement sur les ressources sociales dans la population suisse sont encore rares. La plupart se basent sur les relevés de données du Panel suisse de ménages, de l'enquête suisse sur la santé et du recensement de la population. Les données exploitées datent d'une dizaine d'années. Seules certaines questions spécifiques ont fait l'objet de comparaisons internationales.

Quelle est l'influence des ressources sociales sur la santé ?

L'influence des ressources sociales sur la santé a été extrêmement bien démontrée de manière empirique. Plusieurs études prospectives de grande envergure qui ont suivi des groupes d'individus sur plusieurs années, voire sur des décennies, et porté sur leur santé revêtent une importance particulière

dans ce contexte. Il en est ressorti que les personnes socialement isolées présentent un risque de mourir prématurément 2 à 5 fois supérieur à celui des personnes bien intégrées. En résumé, on observe que le soutien social, l'intégration sociale et autres ressources sociales ont une influence considérable sur la mortalité, et donc l'espérance de vie, de même que sur les risques de maladie, les chances et la durée de guérison. Une bonne intégration sociale et un bon soutien social réduisent notamment les risques de souffrir de maladies cardiovasculaires, du cancer ou de maladies infectieuses.

Quant à la manière dont cette influence s'exerce, de nombreuses questions restent ouvertes. La littérature scientifique propose plusieurs modèles pour expliquer les liens entre les contacts sociaux, les interactions et les processus salutogènes ou pathogènes. Dans le modèle de Berkman & Glass (2000), les réseaux sociaux qui sont influencés par des facteurs sociétaux et socio-économiques sont considérés comme une source potentielle de soutien social. Ces mécanismes psychosociaux déclenchent chez l'individu des réactions aux niveaux comportemental, psychologique et physiologique. Sur la base des derniers résultats de la recherche empirique, Uchino (2006 et 2012) arrive à la conclusion que le soutien social, en agissant sur le comportement et les émotions, peut déclencher ou influencer des processus biologiques. Des études récentes ont montré que les contacts sociaux pouvaient exercer une influence directe sur des processus physiologiques, tels que l'équilibre hormonal, les défenses immunitaires ou les processus inflammatoires. Pour expliquer le fait que les ressources sociales sont susceptibles d'influencer les risques de souffrir de maladies aussi diverses que le cancer, le diabète ou l'infarctus du myocarde, Uchino (2012) postule un mécanisme intégratif. Il fait l'hypothèse que les processus inflammatoires déclenchés par le système immunitaire incarnent ce processus intégratif.

Outre leur rôle protecteur pour la santé, les ressources sociales ont aussi une importance pour l'économie nationale: les sociétés richement dotées en capital social sont, par exemple, plus capables, grâce au flux rapide d'informations échangées dans les réseaux sociaux sur l'offre et la demande de travail, de pourvoir rapidement et efficacement les postes vacants et, ainsi, de maintenir le taux de chômage à un bas niveau. Un certain capital social est indispensable au bon fonctionnement d'un système démocratique: une démocratie ne peut pas survivre si les individus n'ont pas confiance en leurs concitoyens, ni dans les organes politiques et juridiques de l'Etat. Un faible capital social va de pair avec la corruption, la défiance à l'égard des autorités et la fraude fiscale. Mais les ressources sociales ont aussi une très grande influence sur les besoins en soins et, partant, sur les coûts de la santé. Une grande partie des soins à domicile sont encore assurés de nos jours en Suisse par les proches, des amis ou des voisins. Ce sont principalement les femmes qui assument ces tâches. Dans bien des cas, le placement définitif et coûteux dans un établissement médico-social peut ainsi être évité.

La thèse pessimiste d'individualisation de la société ne se vérifie pas. La taille typique du réseau social d'une personne de 15 ans et plus résidant en Suisse était de 19 personnes en 2010. Ce réseau se composait de 2 personnes du réseau primaire (membres du ménage et partenaire, si celui-ci vit dans un autre ménage), de 10 personnes du réseau proche (amis et proches) et de 7 personnes du réseau périphérique (collègues / connaissances et voisins). Les hommes ont un plus grand réseau social, en particulier les jeunes hommes (de 15 à 24 ans): leur réseau compte en moyenne plus de 35 personnes, contre seulement 25 pour le réseau des jeunes femmes. Avec l'âge, la taille du réseau social se réduit nettement. Les femmes âgées vivent particulièrement dans l'isolement social en Suisse: 62% des femmes de plus de 75 ans n'ont pas de réseau primaire (autrement dit, elles n'ont pas de partenaire et vivent seules). La proportion n'est que de 16% chez les hommes du même âge.

La population en Suisse se sent dans l'ensemble bien soutenue. A mesure que les personnes vieillissent, le sentiment de recevoir une aide suffisante diminue notablement, tout comme le soutien effectivement reçu. Les personnes proches (partenaire et relations de confiance) jouent un rôle particulièrement important pour ce qui est du soutien reçu. A noter que chez les hommes, la partenaire est la source principale de soutien pratique et émotionnel. Cela peut expliquer que les hommes de 15 à 24 ans - à un âge donc auquel la majorité d'entre eux n'ont pas encore de relation stable - soient nettement moins soutenus que les femmes du même âge. Les jeunes hommes ont certes un réseau social

extrêmement étendu, mais ils reçoivent beaucoup moins de soutien pratique et émotionnel que les jeunes femmes, ou même que les hommes de 25 à 64 ans.

Le sentiment de confiance générale dans l'entourage est très marqué en Suisse. Cette dimension des ressources sociales (capital social) est la seule à ne pas diminuer dans les groupes d'âges élevés. On n'observe pas non plus de différence entre les hommes et les femmes. La population des cantons latins a un capital social plus faible que celles des cantons alémaniques. Les valeurs les plus basses sont relevées dans les cantons de Neuchâtel, du Valais, de Genève, de Fribourg et de Vaud; à l'autre extrême, les cantons de Schwytz, Schaffhouse, Lucerne, Soleure et Bâle-Ville affichent les valeurs les plus élevées.

Le soupçon d'individualisation croissante et donc d'isolement accru au sein de notre société, en lien avec l'utilisation des médias sociaux, n'a pas pu être attesté par les données étudiées. Rien n'indique que l'ensemble de la population résidante de la Suisse suivrait une tendance négative en ce qui concerne les ressources sociales. Au contraire, on observe même une légère amélioration pour bien des aspects des ressources sociales au cours des 10 ou 15 dernières années. En comparaison européenne, la Suisse obtient aussi des valeurs élevées : elle se classe derrière les pays scandinaves, qui figurent en tête du palmarès. Mais, d'un autre côté, même si les jeunes hommes suisses comptent en moyenne 8 amis de plus qu'il y a dix ans, ils se sentent toujours peu soutenus, comparés aux femmes du même âge et aux hommes plus âgés. Les rares études empiriques menées jusqu'ici sur les liens qui existent entre les médias sociaux et l'intégration sociale laissent penser que les contacts qui ne sont entretenus qu'à travers les médias en ligne sont moins étroits. Par ailleurs, il se peut que cette forte augmentation du nombre d'amis chez les jeunes hommes suisses soit aussi liée au sens même du terme, qui a changé. Sur Facebook, on devient plus facilement « ami » et avec moins d'efforts que dans la vie quotidienne.

Isolement social et solitude dans la population suisse: « Car on donnera à celui qui a »

Les ressources sociales sont néanmoins très diversement réparties dans la population résidante de la Suisse: certains groupes de population disposent d'un bon réseau de relations sociales, peuvent compter sur l'appui de nombreuses personnes et bénéficient d'aide en cas de besoin. Mais il y a aussi des personnes qui ont très peu de contacts sociaux, qui souffrent de solitude et, par exemple, qui ne connaissent personne qui pourrait les aider si elles étaient alitées. Dans la population résidante de la Suisse, 10% disent avoir une bonne relation avec au maximum 9 personnes et 1% avec au maximum deux personnes.

En plus des déterminants que sont l'âge et le sexe, il existe un gradient social marqué dans le domaine des ressources sociales: les personnes ayant un meilleur niveau de formation, des revenus plus élevés, qui sont suisses de naissance obtiennent plus de soutien et ont une plus grande confiance dans leur entourage.

Les groupes de population rendus vulnérables par l'isolement social, le manque de soutien et un faible capital social sont toujours les mêmes depuis plusieurs années. Il s'agit des:

- personnes âgées, en particulier les femmes âgées vivant seules
- personnes ayant un faible niveau de formation et peu de moyens financiers
- migrants dont le statut socio-économique est peu élevé (formation, niveau de vie)
- parents seuls avec enfants
- personnes ayant eu une maladie psychique.

Nos analyses semblent indiquer que d'autres personnes s'ajoutent à présent à cette liste de groupes vulnérables:

- les jeunes hommes
- les personnes qui vivent seules (en particulier les hommes sans partenaire à leurs côtés).

Dans ce contexte, il convient de relever que la Suisse compte déjà une proportion très élevée de ménages d'une personne et que cette tendance va se poursuivre. C'est surtout dans les villes comme Berne, Bâle, Zurich ou Lausanne, qu'une personne sur deux vit seule. Les hommes dans ce cas semblent avoir plus de difficultés que les femmes à se faire suffisamment de relations en dehors de leur ménage et à pouvoir compter sur un soutien social. Il en résulte des problèmes concrets, qui ont des conséquences sur le système de santé: quiconque ne connaît par exemple personne qui pourrait lui venir en aide s'il se trouvait alité dépendra davantage des services d'aide et de soins à domicile ou devra même être hospitalisé ou rentrer à domicile plus tard, après la phase de réadaptation.

Des différences considérables entre les Etats européens

On n'observe pas seulement des différences entre les groupes de population bénéficiant d'un bon réseau social et ceux connaissant un isolement social au sein d'une société donnée. Nos analyses montrent qu'il existe aussi des différences considérables entre les pays européens. Les études réalisées jusqu'ici ont surtout porté sur les disparités internationales dans le domaine du capital social. Mais il y a aussi d'importantes disparités au niveau des réseaux sociaux, du soutien social ou de la solitude vécue, chacune de ces dimensions des ressources sociales évoluant toutefois de manière homogène: ainsi, les pays où la proportion de personnes souffrant de solitude est élevée ont un faible capital social. Deux exemples illustrent les disparités entre les pays s'agissant des ressources sociales: 47% des Hongrois de 15 ans et plus n'ont guère de contacts dans leur vie privée avec des amis, des parents ou des collègues et 11% se sentent souvent seuls ; à l'autre extrémité, seulement 7% des Norvégiens n'ont guère de contacts et 2% disent se sentir souvent seuls.

Le degré d'intensité des ressources sociales va du plus fort au plus faible de l'Europe du Nord à l'Europe du Sud, en passant par l'Europe centrale, et à l'Europe du Sud-Est et à l'Europe de l'Est. Les indicateurs étudiés suivent un schéma étonnamment homogène du point de vue géographique. Ce qui semble contredire la thèse selon laquelle, dans des pays comme la Hongrie, la Russie ou la Pologne, les liens faibles (*weak ties*), c'est-à-dire les liens d'amitié et relations entre connaissances, seraient compensés par une vie de famille plus intense. L'ampleur des ressources sociales en Europe varie de toute évidence considérablement.

Les analyses multi-niveaux montrent que les grandes disparités qui sont observées entre les pays s'agissant du capital social comme des réseaux sociaux et de la solitude ressentie s'expliquent avant tout par la situation financière de la population. Tant la précarité individuelle que le niveau de vie moyen d'un pays sont étroitement corrélés avec les ressources sociales de la population. Ce résultat est intéressant dans la mesure où la principale thèse défendue jusqu'ici dans la littérature scientifique était que la pauvreté relative avait une plus grande incidence sur les ressources sociales que la pauvreté absolue. Autrement dit, qui est pauvre parmi les pauvres ne devrait pas être désavantagé sur le plan de son réseau social, de ses relations et de la solitude ressentie. Or, les résultats présentés ici aboutissent à une autre conclusion: la pauvreté absolue, c'est-à-dire une situation financière précaire, diminue les chances d'une bonne intégration sociale, limite les contacts sociaux privés, augmente le sentiment de solitude et affaiblit la confiance dans l'entourage comme dans l'Etat. Cette observation vaut, semble-t-il, pour des régions ou des pays entiers en Europe. Pas plus les effets de cette corrélation que les facteurs qui en sont à l'origine n'ont pu être étudiés dans le cadre de ce rapport.

Lacunes et limites de ce rapport

Certains groupes de population n'ont pas pu être considérés dans ce rapport, ou l'ont été insuffisamment: les enfants et les jeunes de moins de 15 ans, de même que les migrants aux connaissances linguistiques insuffisantes. Les enquêtes suisses dont nous avons analysé les données ne portent en effet pas sur ces deux groupes.

Par ailleurs, les données que nous avons utilisées n'ont pas été collectées pour les besoins de ce rapport. Cela signifie que la construction et l'opérationnalisation des variables ne sont pas identiques

d'une enquête à l'autre. Il n'est par conséquent pas possible de comparer directement les résultats des différentes enquêtes. Le recours à des données transversales a en outre pour conséquence qu'il est impossible de tirer des conclusions sur d'éventuels rapports de cause à effet.

Conclusions et perspectives

La population suisse continue de disposer de ressources sociales étendues, un constat qui vaut également si l'on compare sa situation avec celle d'autres pays européens. Rien n'indique un affaiblissement des réseaux sociaux, ni un recul du soutien social et du capital social, contrairement à ce qui est régulièrement postulé. Il n'en demeure pas moins que certains groupes vulnérables souffrent d'isolement social, de manque de soutien et de solitude. La population âgée est concernée, mais aussi les personnes qui ont peu de moyens financiers, un niveau de formation bas ou qui sont particulièrement surchargées (personnes élevant seules leurs enfants). Ainsi se confirme la parole de saint Matthieu, selon laquelle « ... on donnera à celui qui a ». Mais d'autres groupes vulnérables font leur apparition en Suisse: les jeunes hommes et les personnes vivant seules (en particulier les hommes).

L'analyse des ressources sociales au sein des pays européens met en évidence l'écart important qui existe entre les pays riches d'Europe du Nord et d'Europe centrale, d'une part, et les pays plus pauvres d'Europe du Sud, d'Europe du Sud-Est et d'Europe de l'Est, d'autre part. Nos analyses ne nous permettent pas de déterminer si le niveau de vie dans un Etat influence les contacts sociaux de sa population ou, au contraire, si les ressources sociales de la population ont une incidence sur la productivité économique du pays et donc sur son niveau de vie. Sur la base de la théorie transactionnelle expliquant la naissance des ressources sociales, on doit supposer que l'influence est réciproque et se renforce mutuellement.

Les réseaux sociaux, le soutien social et le capital social d'une société jouent un rôle important pour la santé de la population et le niveau de vie du pays. Il en est trop peu tenu compte, à notre avis, en Suisse dans la politique de la santé et la politique sociale, qui n'encouragent pas suffisamment le développement des ressources sociales. Le comportement en matière de santé, la propension à fournir de l'aide (p. ex. soins prodigués à des proches), mais aussi les connaissances du système de santé sont en très grande partie influencés par les informations et les valeurs véhiculées à travers les contacts sociaux.

1 Einleitung

Der Mensch ist ein soziales Wesen. Aus dem sozialen Kontakt erwächst ihm Trost, Identität, Vertrauen, Wertschätzung, Wissen und praktische Hilfe. Von Geburt an sind Menschen eingebunden in mehr oder weniger dauerhafte soziale Beziehungen. Über die Lebensspanne verändern sich die Grösse und die Zusammensetzung des sozialen Netzes, aber das Bedürfnis nach sozialem Kontakt bleibt lebenslang erhalten. Sozialer Ausschluss, Isolation und Einsamkeit gefährden denn auch die Entwicklung, das Wohlbefinden und die Gesundheit des Menschen. Diese schützende Wirkung der sozialen Integration, respektive die schädliche Wirkung von Isolation und Einsamkeit ist eine der am besten belegten Erkenntnisse der epidemiologischen Forschung (Berkman & Glass, 2000). Es existiert deshalb auch kaum ein modernes Konzept zur Gesundheit, in dem soziale Ressourcen nicht als wichtige Einflussfaktoren berücksichtigt werden (Beispiel: Rosenbrock & Gerlinger, 2006). Soziale Kontakte können aber auch - als Kehrseite der Medaille - eine gesundheitsschädliche Wirkung haben: Man denke beispielsweise an konflikthafte Beziehungen, die Ursache von Stress und Gewalt sein können oder an die Übertragung von ansteckenden Krankheiten. Soziale Ressourcen sind in einer Gesellschaft unterschiedlich verteilt: es gibt Personengruppen, die gut vernetzt sind, über viele unterstützende Beziehungen verfügen und im Bedarfsfall Hilfe erhalten. Es gibt aber auch Personen, die kaum soziale Kontakte pflegen, die unter Einsamkeit leiden und die niemanden kennen, der ihnen im Fall einer Bettlägerigkeit Hilfe leisten würde. Nicht nur innerhalb einer Gesellschaft lassen sich Unterschiede zwischen Gruppen mit hoher sozialer Vernetzung und Gruppen, die von sozialer Isolation betroffen sind, erkennen. Soziale Ressourcen sind auch im internationalen Vergleich stark unterschiedlich ausgeprägt, was die Bedeutung des Einflusses von sozio-strukturellen Faktoren bei der Entstehung von sozialen Ressourcen in einer Gesellschaft hervorhebt.

Die beobachtete zunehmende Individualisierung unserer Gesellschaft und die starke Zunahme von Hochbetagten lassen vermuten, dass die Problematik von einsamen und sozial isolierten Menschen in der Schweiz in Zukunft zunehmen wird. Es handelt sich dabei primär um ein soziales Problem, das aber einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und auch zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat. Die Existenz und die ungleiche Verbreitung von sozialen Ressourcen stellen deshalb relevante Themen für die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitspolitik dar. Soziale Ressourcen sind in ihren verschiedenen Ausprägungen Voraussetzung für die grundsätzliche Bereitschaft, dem Mitmenschen Hilfe zu leisten, für Freiwilligenarbeit, für eine Kultur des wechselseitigen Gebens und Nehmens. Man denke an die gesellschaftlich immense Bedeutung für die Bereitschaft, in einer Krise oder im Krankheitsfall den Verwandten, Freundinnen oder Freunden, in der Nachbarschaft oder Arbeitskolleginnen oder -kollegen Unterstützung zu leisten. Soziale Ressourcen sind damit bis zu einem gewissen Grad auch ein Substitut für professionelle Hilfeleistungen.

«Nicht nur kann soziale Isolation bereits bestehende Schwierigkeiten noch verstärken, sondern sie erzeugt auch direkt bestimmte Kosten. Sie erfordert ausserdem die Einrichtung resp. Subventionierung von Strukturen als Ersatz ehemals vorhandener familiärer oder nachbarschaftlicher Solidarität, die es beispielsweise ermöglichte, dass genesende Personen zu Hause betreut werden konnten.» (Gazareth & Modetta, 2006, 5).

Die Art, wie soziale Kontakte gepflegt und gelebt werden, verändert sich in unserer Gesellschaft. Ein zunehmender Teil der heutigen sozialen Interaktionen geschieht über Social Media wie Twitter oder Facebook als Kommunikationskanäle (Grabowicz et al., 2012). Diese Medien erlauben die gesellschaftliche und politische Koordination und den Austausch von Millionen von Menschen in sozialen Bewegungen wie beispielsweise dem «Arabischen Frühling». Es stellt sich heute aber die Frage, welchen Wert Online-Kontakte im Sinne von persönlichen Beziehungen haben. Die Kosten, um eine solche Beziehung zu etablieren, sind verschwindend gering, die Anzahl der «Freunde», die so gewonnen werden, können astronomisch hoch werden. Bisher weiss man noch wenig darüber, ob diese Beziehungen Quelle von gegenseitiger Unterstützung sein können und wie sich diese neue Art der sozialen Interaktion auf die sozialen Ressourcen der jüngeren Generation auswirken.

Neben dem salutogenetischen Aspekt haben soziale Ressourcen auch eine instrumentelle Funktion: Sie stellen Zugangsmöglichkeiten zu wirtschaftlich oder gesellschaftlich wertvollen Gütern wie beispielsweise Arbeitsplätzen, Berufs-, Karriere- und Statuspositionen dar. Eine gute soziale Vernetzung erhöht die Handlungschancen und Wahlmöglichkeiten und damit auch die Chancen auf einen sozialen Aufstieg, was wiederum indirekt auch einen Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen hat. Im Gegensatz dazu haben sozial isolierte Personen weniger Chancen und Wahlmöglichkeiten, verfügen oft nicht über die notwendigen Informationen und Kontakte, um Krisensituationen bewältigen zu können. So postuliert beispielsweise Freitag (2000), dass Kantone mit hohem sozialem Kapital weniger verwundbar auf eine Rezession reagieren. Er erklärt dies damit, dass ein dichtes soziales Netz und der damit verbundene hohe Informationsfluss den Stellensuchenden und den Arbeitgebern dienlich seien, damit offene Stellen rasch und effizient wieder besetzt werden können. Die Höhe des sozialen Kapitals ist ebenfalls verhängt mit der politischen Stabilität eines Staates, der Glaubwürdigkeit der Regierung, dem Ausmass der Korruption und dem Vertrauen in die demokratischen Prozesse (Rothstein & Uslaner, 2005).

In diesem Bericht wird untersucht, wie hoch der Anteil an gut integrierten Menschen in der Schweiz ist, wie sich dieser Anteil über die Zeit verändert und welche Personengruppen ein besonders hohes Risiko haben, sozial isoliert zu leben. Ausserdem werden die Resultate für die Schweiz verglichen mit verschiedenen europäischen Staaten. Um die Verbreitung von sozialen Ressourcen in der Bevölkerung erheben zu können, ist es zunächst wichtig, sich mit den verschiedenen Formen sozialer Ressourcen auseinanderzusetzen.

Was sind soziale Ressourcen? Welche Formen werden unterschieden und warum? Wie erklärt man sich, dass die Erwartung Hilfe zu erhalten nicht die gleiche Wirkung auf die Gesundheit hat, wie die Hilfe, die man im Bedarfsfall tatsächlich erhält? Wie entstehen soziale Ressourcen? Von welchen Bedingungen hängt es ab, ob eine Person im Verlauf ihres Lebens über ein grosses soziales Netz verfügt oder sozial isoliert ist?



Diese Fragen werden im Kapitel 1 beantwortet.

Das gesundheitliche Risiko einer sozial isolierten Person, frühzeitig zu sterben, ist vergleichbar mit dem Risiko eines Rauchers, an Lungenkrebs zu sterben. Diesem empirisch gut belegten Fakt wird u. E. in der Gesundheitspolitik wie auch in der Gesundheitsförderung noch wenig Beachtung geschenkt. Wir werden deshalb im Rahmen dieser Studie auch auf die Wirkung von sozialen Ressourcen auf die Gesundheit eingehen.

Was weiss man heute über die Wirkung von sozialen Ressourcen auf die Gesundheit des Menschen? Welches Sterberisiko haben sozial isolierte Personen? Welcher Zusammenhang besteht zwischen sozialer Unterstützung und dem Risiko, krank zu werden? Wie kommt die gesundheitsschützende Wirkung zustande? Welches sind die neuesten Erkenntnisse über die physiologischen Effekte sozialer Beziehungen?



Diese Fragen werden im Kapitel 2 beantwortet.

In den folgenden drei Kapiteln dieses Berichts geht es primär um die Frage der Stärke und Verbreitung von verschiedenen Formen der sozialen Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung.

Wie gross ist das soziale Netz des «typischen» Schweizers und der «typischen» Schweizerin? Wie setzen sich diese Netze zusammen? Welche Bedeutung haben Freunde/Freundinnen oder Nachbarn? Verändern sich die sozialen Netze im Verlauf des Lebensalters? Welchen Einfluss hat die Wohnsituation auf die soziale Integration? Sind die sozialen Netze in den letzten Jahren kleiner oder grösser geworden? Welche Bedeutung haben Social Media in diesem Zusammenhang?



Diese Fragen werden im Kapitel 3 beantwortet.

Fühlen sich die Schweizerinnen und Schweizer gut unterstützt? Welche Personengruppen haben ein besonders hohes Risiko, zu wenig Unterstützung zu erhalten? Welche Bedeutung haben die Lebenspartner für die erhaltene Unterstützung? Zeigen sich diesbezüglich Unterschiede zwischen Männern und Frauen? Was bedeutet 'Living apart together' für die erhaltene Unterstützung?



Diese Fragen werden im Kapitel 4 beantwortet.

Wie hoch ist das soziale Kapital der Schweizer Wohnbevölkerung heute? Hat es sich in den letzten Jahren verringert oder erhöht? Wer verfügt über ein besonders hohes soziales Kapital? Zeigen sich dabei noch immer die regionalen Unterschiede zwischen der lateinischen und der deutschsprachigen Schweiz?



Diese Fragen werden im Kapitel 5 beantwortet.

Im letzten Kapitel wird die Schweizer Wohnbevölkerung in einen grösseren geografischen Zusammenhang gestellt und es wird untersucht, wie stark die sozialen Ressourcen der Schweizer Bevölkerung im Vergleich zum europäischen Umfeld sind.

Wie steht die Schweiz bezüglich ihrer sozialen Ressourcen im Vergleich zu anderen europäischen Staaten da? Kann die These bestätigt werden, dass z.B. die Romandie diesbezüglich ein ähnliches Bild zeigt wie Frankreich und die deutschsprachige Schweiz wie Deutschland? Wie gross sind die Unterschiede zwischen Staaten mit besonders starken sozialen Ressourcen und Staaten mit mangelnden sozialen Ressourcen? Gibt es Erklärungsansätze für die Unterschiede?



Diese Fragen werden im Kapitel 6 beantwortet.

Abschliessend finden Sie die Literaturliste und einen Anhang, in welchem u.a. die in dieser Studie verwendeten Datenquellen beschrieben werden.

Detaillierte Beschreibung der verwendeten Datenquellen und eine Einordnung der in den Datenquellen erfassten Variablen und Konstrukte im Begriffsfeld der sozialen Ressourcen.



Diese Informationen finden Sie im Anhang.

Zusätzliche Tabellen und Informationen zu den statistischen Analysen.

1.1 Was versteht man unter dem Begriff 'Soziale Ressourcen'?

Unter Ressourcen versteht man in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften eine Art Hilfsquellen resp. ein Unterstützungspotenzial. Der Begriff stammt vom lat. Wort «resurgere», was Wiedererstehen bedeutet. Im Bereich der Gesundheitspsychologie wurde der Begriff 'Ressource' ursprünglich nur im Zusammenhang mit stresstheoretischen Ansätzen verwendet und war beschränkt auf die Funktion der Bewältigung von Problemen und kritischen Lebensereignissen. Heute wird seine Bedeutung in der Gesundheitsforschung breiter aufgefasst im Sinne von Bedingungen, die ganz generell zur Erhaltung der Gesundheit notwendig sind, wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht.

«Ausgangspunkt ist die Vorstellung vom Menschen als einem Lebewesen, welches nur dank vielgestaltigen Formen des energetischen bzw. stofflichen Austauschs zu seiner Umgebung lebensfähig ist. Energien bzw. Stoffe der Umwelt lassen sich als notwendige und vielfältig nutzbare Ressourcen verstehen, auf welche Menschen in ihren Bestrebungen nach Selbsterhaltung und Entwicklung angewiesen sind. Der Zugriff auf die Ressourcen erfordert entsprechende Handlungsressourcen auf der Seite des Individuums» (Hornung & Gutscher, 1994, S. 73).

Das Konstrukt 'Soziale Ressourcen' wird von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (Soziologie, Anthropologie, Sozialepidemiologie, Sozialpsychiatrie, Sozialpsychologie, Persönlichkeitspsychologie u.a.) als Begriff für sich reklamiert. Dazu kommen weitere Wissenschaften, welche die Wirkung sozialer Ressourcen innerhalb ihres Fachbereichs ebenfalls zum Thema machen (z.B. zum Zusammenhang zwischen sozialem Kapital und Arbeitslosenrate in der Ökonomie). Diese breite Rezeption des Themas bringt einerseits spannende Erkenntnisse aus den verschiedensten Blickwinkeln, andererseits aber auch eine unübersichtliche Breite und Vielfalt an Konstrukten und Operationalisierungen. Es ist deshalb notwendig, in diesem Bericht zunächst auf die zentralen Konzepte einzugehen und eine Taxonomie des Begriffsraums vorzuschlagen, der eine Klärung der verschiedenen Begriffe und Definitionen sozialer Ressourcen ermöglicht. Nur so ist es sinnvollerweise möglich, die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Literatur einzuordnen und zu einem Bild zusammenzusetzen. Die neueren Erkenntnisse der Unterstützungsforschung zeigen, dass soziale Unterstützung und die Wirkungen eines sozialen Netzes komplexe und dynamische Prozesse darstellen. Soziale Ressourcen sind dabei nicht etwa eine Eigenschaft der Umwelt, die einfach zur Verfügung steht, wenn man sie benötigt, sondern sie stellen das Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung eines Individuums mit seiner sozialen Umwelt dar.

Soziale Ressourcen entstehen in einer Transaktion von Individuum und Umwelt über die Zeit. Soziale Ressourcen stellen einen Sammelbegriff für verschiedene Konzepte dar. Die am häufigsten verwendeten Begriffe sind: soziale Integration, soziales Netz und soziale Unterstützung.

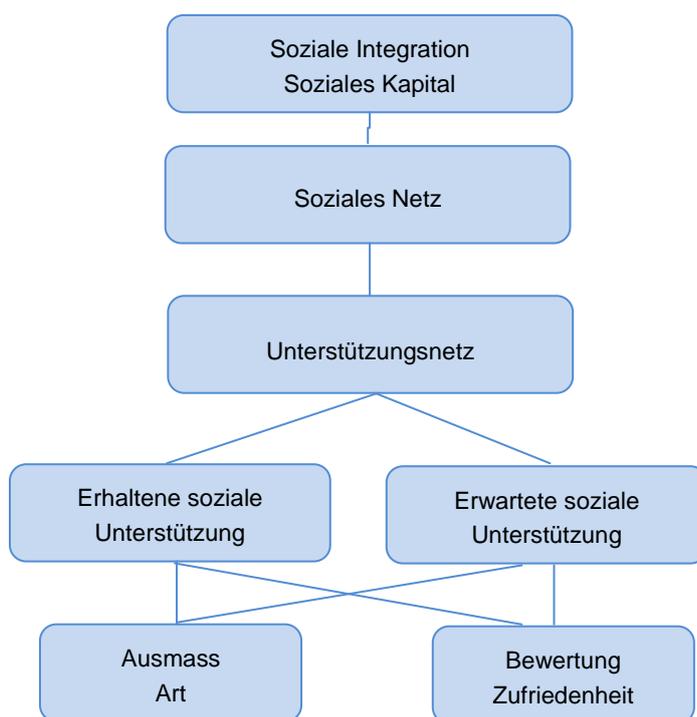
Es gibt Versuche, soziale Ressourcen sehr einfach zu definieren, so z.B. von Cohen & Syme (1985), die darunter «resources provided by others» verstehen oder von Cassel (1974), einem Sozial-epidemiologen, der soziale Ressourcen als Präsenz von Mitgliedern der gleichen Spezies auffasst. Die meisten neueren theoretischen Arbeiten zum Thema soziale Ressourcen gehen aber davon aus, dass dieser Begriff nicht eindimensional gefasst werden kann, sondern ein multidimensionales Konzept darstellt (vgl. Röhrle, 1994; Vaux, 1990). Grundsätzlich unterscheidet man zwischen einer strukturellen und einer funktionalen Ebene sozialer Ressourcen. Die Erstgenannte bezieht sich auf die strukturellen Charakteristika des sozialen Netzes (Grösse, Dichte, Symmetrie, Verbindungslinien, etc.) und wird unter dem Begriff Netzwerkforschung behandelt. Unter dem funktionalen Aspekt versteht man dagegen die Qualität und den Inhalt der sozialen Interaktion zwischen den Mitgliedern des sozialen Netzes, was vor allem Inhalt der Unterstützungsforschung ist.

In neuester Zeit wurde im Zusammenhang mit der Wirkung sozialer Ressourcen auf die Gesundheit (vgl. dazu Kapitel 2 in diesem Bericht) interessanterweise wieder auf die ursprünglichen sehr einfachen Konzepte von sozialen Ressourcen verwiesen. Vor allem aus experimentellen psychobiologischen Studien gibt es Hinweise darauf, dass die gesundheitsschützende Wirkung tatsächlich mit der reinen Präsenz von anderen Menschen erklärt werden könnte, unabhängig von den Gefühlen und Wahrnehmungen, die bei der Fokalsperson aufgrund der Anwesenheit oder Unterstützung ausgelöst werden. Uchino et al. (2012) verweisen in ihrem Review zum Thema auf ein Zitat von House et al. (1988), welches diese These zusammenfasst:

«In the latter regard, psychological and sociobiological theories suggest that the mere presence of, or sense of relatedness with, another organism may have relatively direct motivational, emotional, or neuroendocrinal effects, that promote health directly or in the face of stress or other health hazards that operate independently of cognitive appraisal or behavioral coping and adaptation» (House et al., 1988, 544).

Laireiter (1993) hat sich intensiv mit dem Terminologie-Feld 'soziale Ressourcen' beschäftigt und schlagen eine hierarchische Ordnung der verschiedenen Konstrukte aufgrund konzeptueller Kriterien vor.

Abbildung 1.1 Hierarchische Beziehung der verschiedenen Konstrukte zur Beschreibung sozialer Ressourcen (nach Laireiter, 1993)



Im Folgenden werden diese verschiedenen Dimensionen sozialer Ressourcen und die mit der Erfassung verbundenen wissenschaftlichen Diskussionen kurz vorgestellt.

1.2 Soziale Integration und soziales Kapital

Bei der sozialen Integration handelt es sich um den übergeordneten Begriff, welcher die Teilhabe am 'sozialen Lebensraum' (Lewin, 1951) überhaupt beinhaltet. Er wird definiert als Partizipation und Involvement einer Person in einem sozialen System, einer Gemeinde oder Gesellschaft, sowie Zugang zu den Ressourcen dieses Systems. Kriterien für dieses Konstrukt sind beispielsweise «in Kontakt mit Nachbarn sein», «Mitgliedschaft in sozialen Gebilden, Vereinen».

Ein verwandtes Konstrukt, welches von Bourdieu entwickelt wurde, ist das soziale Kapital. Das Konzept des sozialen Kapitals hat in der soziologischen Forschung seit den 1980er Jahren stark an Aufmerksamkeit gewonnen. Vor 1981 sind lediglich 20 Essays zu diesem Thema publiziert worden (Freitag, 2003). Ab diesem Zeitpunkt aber wurde das soziale Kapital zu einem wichtigen Thema, das als Phänomen an sich untersucht wurde, aber auch in Verbindung gebracht wurde mit wirtschaftswissenschaftlichen, politologischen und sozialwissenschaftlichen Fragen.

Unter sozialem Kapital werden gemeinsam geteilte Normen und soziale Beziehungen verstanden, die in eine konkrete soziale Struktur eingebunden sind und die Mitglieder zu koordinierten Anstrengungen befähigen, um gemeinsame Ziele zu erreichen.

Dabei werden verschiedene Dimensionen des sozialen Kapitals unterschieden. Am meisten genannt werden:

- Das Vertrauen in die Mitmenschen und das Vertrauen in die politischen Institutionen
- Gemeinschaftsbezogene Werte und Normen
- Die soziale Integration in formelle und informelle Netzwerke.

Von vielen Autoren wird das Vertrauen in die Mitmenschen als zentrale Komponente des sozialen Kapitals betrachtet (u.a. Coleman, 1990; Whiteley, 2000). Zwischenmenschliches Vertrauen fördert Normen, die auf gemeinschaftliche Ziele ausgerichtet sind, und hemmt Verhalten, das sich ausschliesslich am Eigennutz ausrichtet. Wenn in einer Gemeinschaft ein hohes zwischenmenschliches Vertrauen herrscht, dann sind die Mitglieder bereit, anderen Mitgliedern zu helfen, ohne sofort eine Rückerstattung der Hilfeleistung zu erwarten. Damit ist die Grundlage für eine langfristig ausgelegte Kooperationsbereitschaft gegeben, die nicht notwendigerweise an die einzelnen Individuen gebunden ist («man hilft sich gegenseitig» als Norm).

Freitag (2001) fasst die Wirkung des sozialen Kapitals folgendermassen zusammen:

«Bei der Durchsicht der empirischen Forschung zeigt sich, dass ein hoher Bestand an Sozialvermögen die Armut verringert, die Kriminalität einschränkt, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit steigert, die Qualität des öffentlichen Lebens allgemein verbessert, die politische Partizipation intensiviert und die Effizienz von Institutionen und Verwaltung erhöht. Umgekehrt fällt ein niedriger sozialer Kapitalbestand mit einer Vielfalt sozialer, ökonomischer und politischer Verwerfungen zusammen» (Freitag, 2001, S. 89).

Aber: beeinflusst das allgemeine Vertrauen in die Mitmenschen, das in einer Gesellschaft existiert, die soziale, wirtschaftliche und politische Leistungsfähigkeit oder ist es umgekehrt so, dass beispielsweise Korruption, geringe wirtschaftliche Leistung und damit verbunden hohe Arbeitslosigkeit und Armut das Misstrauen gegenüber den Mitbürgerinnen und Mitbürgern erhöhen? Der heutige Stand der Diskussion (vgl. Rothstein & Uslaner, 2005; Rowlingson, 2011) geht von einem zirkulären Modell der gegenseitigen Beeinflussung aus. Dabei scheint die Ungleichheit des Wohlstands innerhalb einer Gesellschaft wie auch die Ungleichheit der zukünftigen Chancen am Wohlstand teilzunehmen (z.B. durch ein Schulbildungssystem, das die Reichen privilegiert oder einen Teil der Bevölkerung ausschliesst), eine besonders wichtige Rolle zu spielen. Je stärker die Ungleichheit des Einkommens und je stärker die zukünftigen Chancen ungleich verteilt sind, umso tiefer scheint das Vertrauen in die Mitmenschen in einem Land.

Seit Putnam 1995 sein Essay mit dem Titel «Bowling Alone. America's Declining Social Capital» veröffentlichte, wird heftig über die Frage gestritten, ob in den westlichen Staaten tatsächlich ein **Niedergang des sozialen Kapitals** zu beklagen ist, wie Putnam behauptet. Ausgangspunkt seiner These ist die Beobachtung, dass in den USA immer weniger Personen in Vereinen organisiert sind oder bereit sind, sich für Anliegen zu engagieren, die am Gemeinwesen orientiert sind. Putnam beschreibt in seinem Essay eine Gesellschaft, in der die Menschen das Vertrauen in ihre Mitmenschen wie auch in die Politik verloren haben, und in der das Engagement der zivilen Gesellschaft für das Gemeinwesen kollabiert. Die Ursachen für diese Veränderung sieht Putnam bei der Knappheit an Geld und Zeit in einer immer härter werdenden Gesellschaft. Noch bedeutsamer ist s. E. aber der Wandel der Technologien zu gewichten, insbesondere die Nutzung des Fernsehens und anderer elektronischer Medien, die zu einem privatistischen Gebrauch der Freizeit geführt haben (Putnam, 1995). Putnams kulturpessimistische Sicht wurde breit aufgenommen, aber auch schon sehr bald kritisiert. Es wurde u.a. darauf hingewiesen, dass schon bei der Einführung des Radios von einem Niedergang des Gemeinwesens ausgegangen worden ist, und dass es sinnvoller sei, von gesellschaftlichem Wandel im Freizeitverhalten und in den sozialen Strukturen zu sprechen als von einem Niedergang. Niedergang, Wandel oder gar Beibehaltung des Status quo, diese Frage stellt sich auch im Zusammenhang mit dem sozialen Kapital der Schweizer Bevölkerung in diesem Bericht.

1.3 Soziale Netze

Der Begriff 'Soziales Netz' stellt eine Metapher für Menschen (als Knoten im Netz) und ihre Beziehungen untereinander (als die Verbindungslinien) dar.

Unter sozialen Netzen verstehen wir hier in Anlehnung an Röhrle (1994) das Gesamt an sozialen Beziehungen zwischen einer definierten Menge von Personen, Rollen oder Organisationen.

Neben den strukturellen Eigenschaften sozialer Netze wie zum Beispiel deren Grösse, sind auch die Merkmale der Beziehungen und deren funktionale Qualität von Bedeutung. Röhrle (1994) unterscheidet drei Arten von Merkmalen zur Beschreibung sozialer Netze:

1. Strukturelle Merkmale wie Grösse, Dichte oder Cluster
2. Relationale Merkmale wie Intimität oder Stärke der Beziehung, Kontakthäufigkeit, Dauer oder Reziprozität von Beziehungen
3. Funktionale Merkmale wie Unterstützung oder Kontrolle.

Die am häufigsten untersuchten strukturellen Merkmale sind die Grösse und die Dichte des Netzes. Die Grösse gibt die Anzahl der Elemente (Personen) eines Netzes an. Die in der frühen Forschung verbreitete Annahme, dass die Grösse des Netzes ein direkter Indikator für die Menge der erhaltenen Unterstützung ist, hat sich als zu einfach herausgestellt. Nicht jede potenzielle Quelle leistet tatsächlich Hilfe, wenn dies nötig ist und nicht jeder Unterstützungsversuch ist tatsächlich hilfreich. Die **Grösse** eines sozialen Netzes wird deshalb heute als Potenzial in Form von möglichen Unterstützungsquellen betrachtet, wobei man aber davon ausgeht, dass die funktionale Qualität des sozialen Netzes durch andere Faktoren als die Grösse mindestens so stark mit beeinflusst wird. Dabei ist vor allem die Qualität der Beziehungen zu erwähnen. Die relationalen Merkmale beschreiben die Qualität einzelner sozialer Beziehungen. Es handelt sich um Eigenschaften von Beziehungen wie Intimität, Intensität, Reziprozität, Kontakthäufigkeit oder Multiplexität (soziale Kontakte, die sich über mehr als einen Lebensbereich oder eine Rolle erstrecken). Eine der wichtigsten Fragen in diesem Zusammenhang betrifft die unterschiedliche Wirkung von Beziehungen unterschiedlicher Stärke.

Die Bedeutung von sehr starken Beziehungen, sogenannten **Confidant- oder Vertrauensbeziehungen**, für die Gesundheit wurde immer wieder bestätigt. Es handelt sich dabei um Beziehungen, die durch ein uneingeschränktes gegenseitiges Vertrauen und eine sehr starke Selbst-Öffnung und Intimität charakterisiert sind. Die Studien zum Verlust einer geliebten Person durch Tod oder Scheidung konnten sehr eindrücklich zeigen, wie sich dieses Erlebnis einschneidend auf die Morbidität und sogar Mortalität auswirken kann (z.B. Bloom, Asher & White, 1978). Mit diesen Studien wurde die Qualität der Beziehungen als mindestens so bedeutsamer Aspekt sozialer Ressourcen erkannt wie deren Quantität.

«Because it is based on the belief that social support essentially stems from the deep emotional nurturance which only a select few can provide, it is an approach that attends more to the quality or content of social relationships rather than to their quantity or structural organization» (Gottlieb, 1985, 12).

Cohen und Wills (1985) haben in einer sehr gründlichen Reviewstudie Quer- und Longitudinal-Untersuchungen zur Wirkung von Confidantbeziehungen auf die Gesundheit gesichtet. Sie kommen zum Schluss, dass diese Beziehungsart in den meisten Studien einen Puffer-Effekt auf die Gesundheit zeigt. Das bedeutet, dass die positive Wirkung sich nur unter erhöhter Belastung zeigt. In einigen Studien zeigten sich Hinweise darauf, dass die kritische Schwelle in der Anzahl der Confidantbeziehungen für die Gesundheit bei N=1 liegt; d.h. die Existenz einer einzigen wirklich nahestehenden Vertrauensperson genügt, damit die gesundheitsschützende Wirkung erreicht wird.

Die Bedeutung von schwachen Beziehungen für die Identitätsentwicklung und Gesundheit geriet dagegen erst viel später in den Fokus der Aufmerksamkeit. Einen wichtigen Anteil an dieser Entwicklung hatte Granovetter mit seinem Artikel «The Strength of Weak Ties», welcher 1973 publiziert wurde. Er wies auf die Bedeutung schwacher Beziehungen als «Brücken» zwischen verschiedenen sozialen Systemen hin. Er stellte die These auf, dass gerade Teile des sozialen Netzes, die wenig dicht sind, Verbindungen («Brücken») zu fremden sozialen Netzen herstellen können. Eine weitere wichtige Funktion schwacher Beziehungen ist die Vermittlung eines Gefühls der Integration in eine grössere Gemeinschaft («sense of community»). Dieses Gefühl ist gemäss Granovetter (1973) besonders bedeutsam für die Identitätsentwicklung und die Bildung eines stabilen positiven Selbstkonzepts.

Eine zunehmende Bedeutung haben heute Beziehungen und Freundschaften, welche über '**Social Media**' wie twitter gewonnen werden. Unabhängig davon, welche Plattform bei Kindern und Jugendlichen gerade «in» oder schon wieder veraltet ist (facebook, twitter, WhatsApp, etc.), finden der Austausch von Informationen, von Wertschätzung oder Missbilligung, das Finden von befreundeten und gleichgesinnten Personen wie auch die Abgrenzung gegen Aussenseiter inklusive Mobbing nun zu einem nicht unbeträchtlichen Teil über Social Media statt. Das so gewonnene Beziehungsnetz spielt heute eine grosse Rolle als Quelle von Informationen, zum Austausch von Werthaltungen, bei Konsumentscheidungen oder in politischen Prozessen (Grabowicz et al., 2012). Die Frage der Qualität dieser Online-Beziehungen als Quelle von anderen Formen der Unterstützung wie der praktisch-instrumentellen Unterstützung, der Wertschätzung oder der emotionalen Unterstützung wurde bisher wenig untersucht (Mesch & Talmud, 2007) und wird kontrovers diskutiert. Die einen vertreten die Ansicht, dass Beziehungen, die einzig über Online-Medien gepflegt werden, nicht die gleiche Nähe und Intimität entwickeln können wie «face-to-face»-Beziehungen («Reduced Social Context Cues Model»; Kiesler, Seigel & McGuire, 1984). Sie begründen dies damit, dass dieser Kommunikationskanal wichtige Informationen wie paraverbale und nonverbale Signale, Aussehen und Kleidung der Person, etc. ausschliesst. Diese Begründung scheint heute weniger überzeugend, sind doch nicht alle Social Media auf den Austausch von reinen Texten beschränkt. In die andere Richtung geht die These von McKenna et al. (2002), welche davon ausgehen, dass Social Media für Jugendliche und Erwachsene eine ideale Plattform anbieten, um sich rasch nahe kennenzulernen, da in einem geschützten anonymen Rahmen auch intime Informationen ausgetauscht werden können. Dies sei gerade für Personen, die aufgrund mangelnder Attraktivität oder Schüchternheit Mühe haben, Freundschaften zu schliessen, sehr hilfreich.

Leider gibt es bisher wenig Studien, welche diese beiden Thesen untersucht haben. Eine Ausnahme bildet die Arbeit von Mesch & Talmud (2007). In einer repräsentativen Studie mit 980 Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren in Israel wurde nach dem Alter, Geschlecht, Wohnort und sozio-ökonomischen Status des besten Freundes/der besten Freundin der Jugendlichen gefragt, sowie nach dem Kontext, wo man ihn/sie kennengelernt hat (Nachbarschaft, Schule, Internet). Dann wurde u.a. auch erhoben, wie stark oder nahe die Beziehung zu diesem Freund/dieser Freundin ist (Summenscore aus den Fragen: wie nahe man sich dem Freund/der Freundin fühlt; wie wichtig die Freundschaft ist; ob man den Freund/die Freundin um Hilfe bitten kann; wie stark man diesem Freund/dieser Freundin Vertrauen schenkt). Die Ergebnisse zeigen, dass die Beziehungen zu online gefundenen Freundinnen und Freunden signifikant weniger nahe sind als zu solchen, die man in der Nachbarschaft oder der Schule gefunden hat. Innerhalb der Gruppe, die ihren besten Freund/ihre beste Freundin online gefunden hatte, stehen diejenigen Jugendlichen sich näher, die im selben Wohnort leben und das gleiche Geschlecht aufweisen. Leider liegen keine Informationen vor, ob und in welchem Ausmass die Freunde/Freundinnen, die sich online gefunden haben, später auch in direkten Kontakt («face-to-face») treten. Die Ergebnisse stützen aber die These, dass Online-Freundschaften in der Regel eher den «Weak Ties» zuzurechnen sind als Beziehungen, die «face-to-face» entstanden sind und gepflegt werden.

Unter **Reziprozität** wird die Gegenseitigkeit einer Beziehung respektive die Balance des Gebens und Nehmens in einer Beziehung verstanden. Als wenig reziprok können Beziehungen verstanden werden, bei der eine Person zumeist Hilfe gibt und die andere Person Hilfe empfängt, wie dies beispiels-

weise natürlicherweise zwischen Eltern und Kleinkind stattfindet. Wenig reziproke Beziehungen zwischen Erwachsenen werden als Bedrohung für das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl wahrgenommen und können die Qualität der Beziehung schädigen. Gelebte oder erwartete Reziprozität ist eine wichtige Voraussetzung, dass innerhalb einer Gemeinschaft starke und dauerhafte Verbindungen entstehen können.

«This norm of reciprocity enables prosocial acts to flourish between otherwise disconnected groups or individuals, creating an environment in which people can expect that the costs they incur for the benefit of others will eventually be returned to them. Although direct reciprocation for each exchange is expected more in some relationships than others, maintaining an overall sense of equity and fairness within a relationship is important for both short-term casual relationships as well as long-term communal relationships.» (Zhang & Epley, 2009, 796).

Reziprozität ist aus unserer Sicht gerade im Zusammenhang mit der ungleichen Verteilung von sozialen Ressourcen in der Bevölkerung von zentraler Bedeutung: Wer befürchtet, kurz- oder langfristig Hilfe nicht zurückgeben zu können, hat mehr Mühe um Hilfe zu bitten oder diese anzunehmen. Auch arbeitsbetroffene, behinderte oder chronisch kranke Menschen bevorzugen reziproke Beziehungen, die ihnen die Gewissheit geben, in diesem Prozess von Geben und Nehmen gleichberechtigt zu sein und nicht auf Dauer in der Schuld von anderen Menschen stehen zu müssen. Diwald (1991) bezeichnet Reziprozität als «die wesentlichste Voraussetzung für das Funktionieren von Unterstützungsleistungen». Er postuliert, dass der Austausch von Hilfen nur auf der Basis wechselseitiger Gewährung möglich sei, wobei er allerdings den Reziprozitätsbegriff sehr weit und differenziert fasst. So sieht er auch die Möglichkeit aufgeschobener Reziprozität vor. Sie basiere darauf, dass im Zuge einer länger dauernden Beziehung allmählich ein Vertrauen in einen gerechten Austausch von Leistungen wachse, das zur Bereitschaft führen könne, zumindest phasenweise einen Überschuss an Investitionen in einer Beziehung zu akzeptieren.

1.4 Soziale Unterstützung

Unter der sozialen Unterstützung wird eine Funktion des sozialen Netzes verstanden, welche die Vermittlung von hilfreichen Transaktionen zwischen den Mitgliedern des Netzes beinhaltet.

Die darüber hinausgehenden Konkretisierungen der Begriffsfassung gehen allerdings weit auseinander. Unklar ist beispielsweise, ob soziale Unterstützung per se als positiv für den Empfänger definiert werden soll und aus welcher Perspektive (Hilfempfänger, Helfer, Beobachter) über die Qualität oder Intention der fraglichen sozialen Interaktion entschieden werden soll. Vaux (1990) betont die Schwierigkeiten, welche sich aus den unterschiedlichen Konzeptionen ergeben und schlägt als Lösungsmöglichkeit ein Metakonstrukt sozialer Unterstützung vor, welches m. E. einige der erwähnten Probleme zu lösen vermag:

«Many conceptual difficulties can be diminished, if not resolved, by viewing social support as a metaconstruct with three distinct conceptual components: support network resources, supportive behavior and subjective appraisals of support» (Vaux, 1990, 508).

Unter dem Unterstützungsnetzwerk versteht er denjenigen Satz an Beziehungen eines Individuums, welcher dieses mit Unterstützung zur Bewältigung von Problemen und zur Erreichung von Zielen versieht. Das Unterstützungsverhalten dagegen beinhaltet die unterschiedlichen Formen konkreten Verhaltens, welche im Allgemeinen als absichtliche Anstrengung zu helfen erkannt werden. Die dritte Komponente wird definiert als subjektive Evaluation der Qualität der eigenen sozialen Ressourcen und der konkreten Interaktionen, die in dem Unterstützungsnetzwerk stattfinden (Vaux, 1990, 508).

Die am meisten genannten Arten der sozialen Unterstützung sind gemäss Röhrlé (1994):

- Emotionale Unterstützung

- Instrumentelle Unterstützung
- Informationelle Unterstützung
- Evaluative Unterstützung.

Erwartete versus erhaltene soziale Unterstützung

Neben den verschiedenen Formen von Hilfeleistungen wird (wie bereits erwähnt) sinnvollerweise zwischen der erwarteten sozialen Unterstützung und der tatsächlich stattgefundenen oder der erhaltenen sozialen Unterstützung unterschieden. Die erwartete Unterstützung drückt den Glauben und die Erwartung aus, dass man Hilfe erhält, wenn dies einmal notwendig wäre. Sie wird bereits in der frühen Kindheit geformt und bleibt als eine Art Persönlichkeitsvariable recht stabil über das Leben hinweg (vgl. Sarason, Pierce & Sarason, 1990). Diese Erwartung, die eine gewisse Nähe zum Konzept des Urvertrauens hat, wirkt sich gemäss zahlreichen Studien generell positiv auf die Gesundheit aus. Die erhaltene Unterstützung wird dagegen erfasst, indem nach tatsächlich stattgefundenen sozialen Interaktionen gefragt wird. Sie ist also an die tatsächlichen Interaktionen im Hier und Jetzt gebunden und wirkt sich nur dann positiv aus, wenn sie passend zu den Bedürfnissen des Hilfeempfängers erfolgt. Sie hat entsprechend keine generelle Wirkung auf die Gesundheit, sondern wirkt als Puffer in kritischen Situationen und bei erhöhtem Stress. Es hat sich in vielen, methodisch unterschiedlich angelegten Studien gezeigt, dass zwischen diesen beiden Kriterien sozialer Unterstützung erstaunlicherweise nur ein sehr schwacher oder gar kein korrelativer Zusammenhang feststellbar ist (z.B. Cutrona, 1986).

Eine in diesem Zusammenhang sehr interessante Studie stammt von Peters-Golden. Sie befragte 100 Frauen in einer ambulanten Behandlung wegen Brustkrebs und 100 gesunde Frauen und Männer. Sie verglich die Frauen mit Brustkrebs mit den gesunden Frauen in Bezug auf die erwartete und die tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung durch Partner, Familie und Freundeskreis. Gesunde Frauen erwarteten, dass sie im Falle einer Brustkrebserkrankung von ihrem sozialen Netzwerk emotional und instrumentell unterstützt würden. Und sie empfanden es als sehr unwahrscheinlich, dass sich jemand von ihnen abwenden würde wegen dieser Diagnose. Die erkrankten Frauen gaben an, dass die von ihnen erwartete Hilfe kaum geleistet wurde und dass die tatsächlich geleistete Hilfe oft nicht wirklich hilfreich war. Ein Drittel der Frauen gab an, dass sich viele Bekannte von ihnen zurückgezogen haben und dass sie überhaupt keine Hilfe erhalten haben. Und diese Diskrepanz zwischen der erwarteten und der tatsächlich erhaltenen Hilfe war (schmerzlich) wahrnehmbar (Peters-Golden, 1982). In dieser Studie zeigte sich im Gegensatz zu den oben erwähnten Ergebnissen bei den Verlustsituationen, dass das Unterstützungsnetz der Erkrankten relativ inadäquate Hilfskonzepte hatte. So wurde beispielsweise vor allem von den befragten Männern die Bedeutung des Verlusts einer Brust viel zu stark gewichtet, dagegen wurde die tatsächlich viel stärkere Todesangst kaum wahrgenommen.

1.5 Die Entstehung von sozialen Ressourcen abhängig von individuellen Merkmalen und Umwelteigenschaften

Lange Zeit wurden in der Gesundheitsforschung soziale Ressourcen als eine Art Umwelteigenschaft betrachtet, die bei Bedarf genutzt werden kann. Diesem Modell liegt die Vorstellung zugrunde, dass diese Ressourcen einen statischen Charakter haben und ein Individuum genügend soziale Ressourcen «besitzt» oder eben nicht. Ausserdem ging man von einem passiven Verständnis der Nutzung dieser schützenden Quellen aus: das soziale Netz «ergiesst» seine protektive Wirkung auf eine nicht näher beschreibbare Art über das Individuum. Dieses Konzept ignoriert die Ebene der tatsächlichen Interaktion zwischen Person und sozialer Umwelt und auch die Frage, welche Eigenschaften und Kompetenzen ein Individuum benötigt, um soziale Kontakte zu pflegen und um adäquate Hilfe bitten zu können. In krassem Kontrast dazu steht die Konzeption von sozialen Ressourcen - im Sinne der Erwartung unterstützt zu werden - als stabile Persönlichkeitsvariable, welche sich in der frühen Kindheit bildet und über die Lebenszeit unbeeinflusst von den Ereignissen stabil bestehen bleibt.

Soziale Ressourcen als Transaktion zwischen Person und Umwelt

Die neuere Unterstützungsforschung geht davon aus, dass beide Konzepte zu kurz greifen. Soziale Ressourcen sind weder eine Eigenschaft der Umwelt noch der Person: Sie stellen vielmehr eine aktive Auseinandersetzung eines Individuums mit seiner sozialen Umwelt dar. Dabei sind sowohl die Eigenschaften, Einstellungen und Bedürfnisse des Einzelnen wie auch die Eigenschaften seiner Umwelt und schliesslich deren Interaktion respektive Transaktion von Bedeutung. Transaktion meint in diesem Zusammenhang, dass soziale Ressourcen innerhalb eines ökologischen Systems entstehen. Deren Elemente stehen in einer interaktiven und rekursiven Beziehung zueinander: Jeder Aspekt beeinflusst alle anderen Aspekte und ist wiederum beeinflusst durch das Feedback aller anderen Elemente eingeschlossen seine eigenen Handlungen.

«[...] 'social support' rather than being a static personal characteristic or environmental condition, involves a dynamic process of transaction (that is, mutual influence) between the person and his/her support network that takes place in an ecological context.» (Vaux, 1988, 59)

Wichtig scheint uns auch, dass sich im Rahmen dieses transaktionalen Modells eine selbstverstärkende Spirale entwickeln kann. So wirkt sich beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes bei vielen Personen negativ auf den Selbstwert und auch die finanziellen Ressourcen aus. Die Betroffenen ziehen sich aus Scham zurück und pflegen immer weniger Kontakte. Das Erlebnis, im Bedarfsfall keine oder nicht genügend Unterstützung zu erhalten, hat wiederum negative Folgen für die personellen Ressourcen wie den Selbstwert und erhöht auch die Risiken, dass die Krise länger andauert und sich verstärkt. So kann eine sich selbst verstärkende Dynamik im Sinne eines Teufelskreises entstehen, wobei sich die verschiedenen Formen von Ressourcen einer Person immer mehr verringern und das Potenzial zur Bewältigung einer Krise wie auch des ganz normalen Alltags immer kleiner wird. Auf der anderen Seite kann sich aber auch eine Spiralbewegung gegen oben entwickeln, wobei sich die Stärkung einer der Ressourcen auch positiv auf die anderen Formen von Ressourcen auswirkt: eine Person gewinnt wieder an Selbstvertrauen, findet den Mut, auf andere Menschen zuzugehen, baut sich ein soziales Netz auf und erfährt dadurch vermehrt Wertschätzung, was sich wieder positiv auf den Selbstwert auswirkt.

Der Einfluss von individuellen Merkmalen

In der wissenschaftlichen Literatur werden mehrheitlich folgende individuellen Eigenschaften aufgeführt, welche die Entstehung, Aufrechterhaltung und auch die Bewertung von sozialen Ressourcen beeinflussen (vgl. die Übersichten bei Vaux, 1988; Bachmann, 1998):

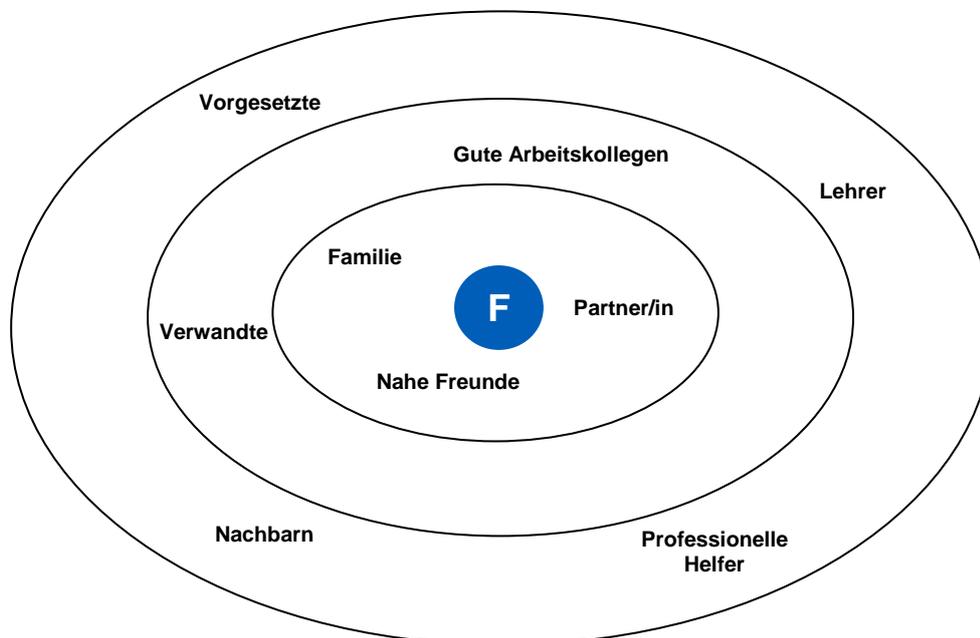
- Alter
- Geschlecht
- Soziale Kompetenz (verbales, para- und nonverbales Verhalten, Verstehen der Mimik)
- Persönlichkeitseigenschaften (wie Autonomie, Expressivität, Selbstwert)
- Sozio-ökonomische Variablen wie Bildung, Einkommen und berufliche Stellung.

In unserer Gesellschaft spielt **das Alter** eine eminent wichtige Rolle für die Existenz und die Stärke der vorhandenen sozialen Ressourcen. Beginnend mit der frühkindlichen Abhängigkeit von nahen Bezugspersonen und der starken Bindung an ganz wenige Menschen, zu der zunehmenden Vergrösserung des sozialen Netzes in der Kindheit, zu intimen Beziehungen in der Adoleszenz, der Festigung von beruflichen, familiären und freizeitgebundenen Beziehungen im Erwachsenenalter und schliesslich der allmählichen Verringerung der Kontakte im hohen Alter verbunden mit einer immer stärkeren Abhängigkeit von nahestehenden Personen und professionellen Helfern, wechseln die Bedeutung und Art der sozialen Beziehungen im Verlauf des Lebens parallel zu den Entwicklungsaufgaben und sozialen Rollen. Kahn und Antonuccis Konvoi-Modell stellt eine wichtige Ergänzung zu den Überlegungen dar, wie Menschen zu sozialer Unterstützung kommen, wie sich die Mitglieder ihres sozialen Netzes verändern und warum ältere Menschen oft einsam sind. In diesem Modell wird das Individuum als ei-

ne Person gesehen, die durch das Leben wandert umgeben von Menschen als ihr Konvoi, die gemeinsame Erfahrungen und Erlebnisse teilen, ähnliche Lebensgeschichten aufweisen und in einem gegenseitigen System des Gebens und Nehmens von Hilfe eingebunden sind (Kahn & Antonucci, 1980).

Der Konvoi besteht aus drei konzentrischen Kreisen (siehe Abbildung 1.2). Im Zentrum befindet sich die Fokalsperson (F), im äussersten Kreis sind diejenigen Bezugspersonen zu finden, die am stärksten von bestimmten zeitlich beschränkten Rollen abhängig sind (z.B. Nachbarinnen/Nachbarn, Arbeitskolleginnen/-kollegen); im innersten Kreis sind die Bezugspersonen, die durch unveränderliche Rollen mit der Fokalsperson verbunden sind (z.B. Kinder, Geschwister, Lebenspartner/in). Im Verlaufe der Zeit verlassen einige Personen den Konvoi, neue kommen dazu, einige bleiben ein Leben lang. Das Konvoi-Modell kann gut als Erklärungsansatz für die Abnahme sozialer Ressourcen im Alter dienen. Mit der Pensionierung verlieren viele Personen, die für sie wichtige Rolle als Arbeitnehmer und damit auch den täglichen Kontakt zu ihren Arbeitskolleginnen und -kollegen.

Abbildung 1.2 Beispiel eines Konvois nach Kahn und Antonucci (1980)



Für nicht erwerbstätige Frauen, die sich der Kindererziehung und der Pflege des Haushalts gewidmet hatten, stellt sich die Situation mit dem Wegzug der Kinder aus dem Haushalt ähnlich dar: Sie verlieren den täglichen Kontakt zu ihren Kindern¹. Ein weiterer wichtiger Verlust, der vor allem ältere Frauen trifft, ist der Tod des Ehegatten oder Lebenspartners. Man kann davon ausgehen, dass sich der Konvoi bei einer Mehrheit der betagten Menschen immer mehr ausdünnert, sei es durch den Tod von nahestehenden Personen, aber auch durch die freiwillige und unfreiwillige Aufgabe von sozialen Rollen und Aktivitäten. Im hohen Alter spielen aber auch biologische Faktoren eine wichtige Rolle, wie beispielsweise degenerative Prozesse bei den Sinnesorganen. Wer schlecht hört und sieht, wird in seinen Möglichkeiten zum sozialen Austausch empfindlich eingeschränkt.

Das **Geschlecht** ist eine der wichtigsten sozialen Kategorien, welche die Interaktionen zwischen Menschen beeinflusst. Zwischen Frauen und Männern zeigen sich aufgrund der sozial und kulturell getragenen Geschlechterrollen und eventuell auch aufgrund angeborener Unterschiede Differenzen in der Struktur und Qualität sozialer Ressourcen. Gemäss der wissenschaftlichen Literatur verfügen Frauen oft über grössere soziale Netze und insbesondere mehr nahestehende Bezugspersonen (z.B.

¹ Dazu existiert eine eigene Diagnose im ICD-10: «Empty-Nest-Syndrom, ENS, ICD-10: Z60.0».

Bell, 1991). Sowohl Männer wie Frauen wählen mit grösserer Wahrscheinlichkeit eine Frau als ihre wichtigste («closest») Vertrauensperson, wobei dies bei den Männern meistens die Lebenspartnerin ist (Turner, 1994). So fanden Fuhrer und Stansfeld (2002) in ihrer Analyse der Whitehall II Daten mit Angestellten zwischen 35 und 55 Jahren, dass 79.6% der verheirateten oder in Partnerschaft lebenden Frauen, aber 92.4% der Männer ihren Lebenspartner, bzw. ihre Lebenspartnerin als ihre wichtigste Vertrauensperson bezeichneten. In derselben Studie haben lediglich 8.4% der Männer eine gleichgeschlechtliche Person als ihre nächste Vertrauensperson bezeichnet, bei den Frauen betrug dieser Anteil 30%. Eine Mehrheit der vorhandenen Studien kommt ebenfalls zum Schluss, dass Frauen mehr Unterstützung erhalten, aber auch, dass sie mehr soziale Ressourcen benötigen, um ihre Gesundheit erhalten zu können. Die Unterschiede im Ausmass der erhaltenen Unterstützung zeigen sich insbesondere bei den Formen der emotionalen Unterstützung und weniger oder gar nicht bei praktisch-instrumentellen Unterstützungsarten (Matthews, Stansfeld & Power, 1999). Eine Übersicht zu den geschlechtstypischen Unterschieden findet sich bei Bachmann, 1998).

Ein wichtiger Hinweis zum Verständnis für die gefundenen Unterschiede stammt aus der Entwicklungspsychologie. Es liegen zahlreiche Befunde vor, die übereinstimmend zum Ergebnis kommen, dass sich ungefähr ab dem 4. Altersjahr Unterschiede zwischen Mädchen und Buben im sozialen Verhalten zeigen, wobei die Mädchen generell (verbal, paraverbal und nonverbal) ein stärker prosoziales Verhalten zeigen und höhere soziale Kompetenz aufweisen (Übersicht bei Siann, 1994). Dieselben Unterschiede werden auch im Erwachsenenalter gefunden: Männer verhalten sich in Gesprächen weniger integrativ, lächeln weniger, haben mehr Mühe, ihre Gefühle expressiv auszudrücken resp. sind eher fähig oder motiviert, ihre Mimik zu kontrollieren und ihre Gefühle nicht zu zeigen. Andererseits sind Männer in experimentellen Settings auch weniger fähig, die Mimik richtig zu erkennen. Saurer und Eisler (1990) interpretieren diese Ergebnisse als mögliche Erklärung dafür, dass Männer weniger emotionale Unterstützung erhalten und auch geben. Als Erklärung für diese Unterschiede im sozialen Verhalten wie auch in den sozialen Kompetenzen zwischen den Geschlechtern werden einerseits angeborene biologische Eigenschaften und andererseits der Einfluss der gesellschaftlich getragenen Geschlechterrollenstereotype herangezogen. Barbee et al. (1993) beispielsweise gehen gestützt auf die vorliegenden Forschungsergebnisse davon aus, dass Autonomie als zentrale Komponente der maskulinen Geschlechterrolle gilt und Empathie als zentrale Komponente der femininen Geschlechterrolle. Die Autoren nehmen an, dass eine hohe maskuline Ausprägung aufgrund des damit verbundenen Anspruchs an die Autonomie den Aufbau von Beziehungen, die Suche nach Unterstützung und die Akzeptanz von Hilfe erschweren.

Verschiedene Studien zeigen übereinstimmend, dass **sozio-ökonomische Variablen** wie Bildung, Einkommen und berufliche Stellung einen Einfluss darauf haben, ob und wie viel soziale Unterstützung jemand erhält. Personen in einer hohen sozialen Position sind oft sozial besser vernetzt und erhalten mehr Hilfe, wenn sie diese benötigen. Dieses Phänomen kann mit dem Prinzip der Reziprozität erklärt werden. Nach diesem Prinzip, das in der Literatur auch oft mit dem sog. Lukas-Theorem umschrieben wird (Ich sage euch: Jedem, der hat, wird gegeben werden; dem aber, der nicht hat, wird auch das noch genommen werden, was er hat²), ist es ökonomisch sinnvoller, jemandem Unterstützung zu geben, der über viel Ressourcen verfügt und deshalb auch eher in der Lage ist, dem Helfenden die Schuld wieder zurückzuzahlen, resp. einen wertvollen Dienst leisten zu können.

Ausserdem zeigt sich auch die Tendenz, dass Personen, die von Armut betroffen sind oder beispielsweise ihre Stelle verloren haben, sich aus Scham von ihrem sozialen Netz zurückziehen, keine Kontakte mehr pflegen und immer mehr in Isolation geraten (Wilkinson, 2005; Berkman & Melchior, 2008; Bachmann et al., 2010).

«Die Welt gehört den Jungen, Hübschen und Erfolgreichen. Wenn man nichts hat, ist man niemand. Ich habe eigentlich nie direkt über Armut gesprochen. Ich habe über meine Pläne erzählt, aber ich habe nie gesagt, ich sei arm. Die Stigmatisierung beginnt, wenn auf die Kleider

² Lukas Evangelium, Kap. 19, Vers 26, zit. aus der Zürcher Bibel unter: www.die-bibel.de, Datum der Abfrage: 5.3.2012

kein Wert mehr gelegt wird. Das habe ich gemerkt, als ich hier herumgeschlichen bin, da kannte mich plötzlich niemand mehr.³»

Umwelteigenschaften, die einen Einfluss auf das Erleben und Handeln haben, können entsprechend der Datengewinnung in zwei Kategorien eingeteilt werden. Zum einen gibt es die *Kollektivmerkmale*. Es handelt sich dabei um Merkmale, die bei den Individuen gemessen und dann für eine Gruppe von Personen aggregiert werden. Beispiele dafür sind: Mittelwert des Einkommens der Bewohner pro Gemeinde oder Mittelwert des Vertrauens in die Mitmenschen als Ausdruck des sozialen Kapitals eines Landes. Davon werden die *ökologischen Merkmale* unterschieden. Diese werden unabhängig von den Individuen gemessen. Es handelt sich um objektiv beobachtbare Merkmale der dinglichen oder sozialökologischen Umwelt, wie z.B. die Lärmbelastung in Dezibel gemessen oder die Wohndichte in verschiedenen Stadtquartieren.

Den folgenden kollektiven, aber auch ökologischen Umwelteigenschaften wird ein Einfluss auf die Bildung von sozialen Ressourcen zugeschrieben:

- Kulturelle Werte (z.B. Bedeutung der Individualität oder der Unabhängigkeit in einer Kultur)
- Anzahl und Art der sozialen Rollen, die einer Person in einer Gesellschaft zur Verfügung stehen
- Ausmass der sozialen Ungleichheit (Ungleichheit des Einkommens, etc.)
- Charakteristika des Lebensraums (Entfernungen, Wohnart, Gemeindestrukturen)

Drei Fragestellungen wurden in diesem Zusammenhang in der Literatur eingehender untersucht: (1) Kann die architektonische Gestaltung des Wohn- und Lebensraums, von Siedlungen, Plätzen, Quartieren oder Städten die Bildung von sozialen Ressourcen fördern oder hemmen? (2) Welchen Einfluss haben Faktoren des sozial-räumlichen Kontextes (z.B. Wahrnehmung der Gefährlichkeit des öffentlichen Raums) auf den sozialen Kontakt? (3) Wie beeinflusst die soziale Ungleichheit (gemessen mit dem GINI-Koeffizient) die Bildung von sozialem Kapital in einer kleineren oder grösseren geografischen Einheit?

Die Ergebnisse von Studien in naturalistischen Settings weisen daraufhin, dass die architektonische Gestaltung drei Aspekte beeinflusst, welche für die Entstehung von sozialen Ressourcen von besonderer Bedeutung sind (Fleming, Baum & Singer, 1984). Es handelt sich zum Ersten um die Gelegenheit zum passiven sozialen Kontakt. Die Umgebungsbedingungen können mehr oder weniger Gelegenheit oder Zwang zum regelmässigen Aufeinandertreffen von Menschen in einer bestimmten Lokalität bieten («process of familiarization»). Als Zweites geht es um die räumliche und funktionale Nähe: Diese Nähe wird durch die architektonische Bauweise von Gebäuden stark beeinflusst (Distanz von Tür zu Tür, Sichtkontakt versus Sichtschutz, etc.). Als Letztes beeinflusst die Architektur die Eignung der Räume und Plätze für einen sozialen Austausch: Der interne und externe Raum kann mehr oder weniger geeignet sein, um sozialen Kontakt zu ermöglichen. Eigenschaften eines geeigneten Raums sind charakterisiert durch halb-privaten Zugang, Gewährleistung von Intimität, Sicherheit und Kontrollmöglichkeit der sozialen Interaktion.

Im Zusammenhang mit der Erforschung von sozial-räumlichen Faktoren in Stadtteilen und Nachbarschaften wurde die Wirkung der individuellen Wahrnehmung von sozialer Desorganisation, von Vandalismus und Gewalt untersucht. Bekannt wurde insbesondere die «Broken-Windows»-Theorie, welche sich mit der Wahrnehmung und Wirkung von sogenannten «Incivilities» wie Graffiti, Abfall, Vandalismus oder offenem Drogenkonsum befasst.

«Incivilities als Indikatoren physischen Zerfalls und sozialer Desorganisation werden von der Bevölkerung als Hinweise darauf interpretiert, dass in einer solchen Gegend die Gefahr, Opfer eines Verbrechens zu werden, relativ hoch ist» (Lüdemann & Peter, 2007, 26).

³ Interview mit I. R., aus: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2008). Sozialbericht 2008. Band 2. Armut im Kanton Bern: Stimmen der Betroffenen, S. 14.

Diese Zeichen haben aber auch einen Effekt auf potenzielle Täter: Sie signalisieren, dass an diesem Ort keine informelle oder formelle soziale Kontrolle praktiziert wird, und abweichende oder kriminelle Handlungen deshalb kaum sanktioniert werden. Die Wahrnehmung der Sicherheit oder Gefährlichkeit der Nachbarschaft hat einen Einfluss auf die sozialen Kontakte der Bewohnerinnen und Bewohner. In ihrer Studie «Poor people, poor places, poor health» interviewte Cattell 1996 Bewohnerinnen und Bewohner der zwei Londoner Stadtteile Keir Hardie and Cathall zu ihrer Wahrnehmung des Stadtteils, der Nachbarschaft und zu den sozialen Kontakten, die sie haben. Die Wahrnehmung der Häuser, der Siedlungen oder des Quartiers als gefährliche Orte hat einen negativen Effekt auf die sozialen Kontakte unter den Nachbarn selbst, die kaum Kontakt untereinander haben und sich nicht kennen ('Keeping self to self'), aber auch auf die Kontakte der Bewohner mit Familienmitgliedern und Bekannten, die anderswo leben:

«My mum won't come and visit me here, it's the dark lifts, the horrible corridors, it's so intimidating.» (Cattell, 2001, 1505).

Neben der Wahrnehmung von Sicherheit haben auch die Bevölkerungsdichte und die Fluktuation der Bewohner einen Einfluss auf die Bildung von nachbarschaftlichen Kontakten und sozialem Kapital (Lüdemann & Peter, 2007): Je höher die Dichte und je höher die Fluktuation, umso kleiner ist das soziale Kapital in einem Stadtteil.

Auf einer ganz anderen Ebene - aber ebenso interessant - scheint uns die Diskussion um den Einfluss der Ungleichheit des Wohlstands innerhalb einer Gesellschaft auf die Bildung von sozialem Kapital. Wilkinson, Kawachi und andere haben postuliert, dass grosse Ungleichheit im Einkommen und Vermögen die sozialen Hierarchien intensivieren, soziale Konflikte und Gefühle von Mangel verstärken und gleichzeitig das zwischenmenschliche Vertrauen, den sozialen Zusammenhalt und andere Aspekte des sozialen Kapitals untergraben (Kawachi & Kennedy, 1997).

Wilkinson (1992) und andere haben in verschiedenen Studien gezeigt, dass die relative Armut einen eigenständigen negativen Effekt auf das Wohlbefinden wie auch auf die Morbidität und Mortalität ausübt (Übersicht bei Kawachi, 2000, Rowlingson, 2011). So zeigt beispielsweise der GINI-Index, der die Ungleichheit des Einkommens in einer Gesellschaft ausdrückt, einen Effekt auf die Mortalität der Bevölkerung, auch wenn die absolute Höhe des Einkommens statistisch kontrolliert wird (Wilkinson, 1996). Dies wird damit erklärt, dass eine starke Ungleichheit des Wohlstands bei den Mitgliedern einer Gesellschaft Stress auslöst, da dies zu einem erhöhten Konkurrenzdruck um Status und Ansehen führe. Andere Erklärungsansätze gehen dahin, dass in Gesellschaften mit hoher Ungleichheit üblicherweise auch die sozialstaatlichen Einrichtungen schwach ausgebaut sind und damit für einen grossen Teil der Bevölkerung der Zugang zur Bildung und Gesundheitsversorgung erschwert ist (Rowlingson, 2011).

Denselben Zusammenhang auf Länderebene wurde auch für das soziale Kapital gefunden: die Bevölkerung von Staaten mit einer stark ausgeprägten Ungleichverteilung des Wohlstands (gemessen mit dem GINI-Index) zeigen ein deutlich tieferes Niveau im durchschnittlichen Vertrauen in die Mitmenschen, die Verwaltung und die Regierung des Landes. Gemäss Analysen von Rothstein und Uslaner (2005) scheint die ungleiche Verteilung des Einkommens wie auch die ungleiche Verteilung der zukünftigen Chancen eine ursächliche Wirkung auf das zwischenmenschliche Vertrauen zu haben. Unter der Verteilung der zukünftigen Chancen verstehen sie vor allem die Frage, ob ein Bildungssystem existiert, das allen Bevölkerungsgruppen in gleichem Mass zugänglich ist.

In einer interessanten Studie zum Vergleich von Ausgrenzungsmustern in den USA und in Frankreich konnten Berkman und Melchior (2008) feststellen, dass die Frage, ob sozial Benachteiligte tatsächlich ausgegrenzt werden und sozial isoliert sind, von den gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen beeinflusst werden. So war die Isolation von Benachteiligten in Frankreich viel geringer ausgeprägt als in den USA, was die Autorinnen auf die soziale Integrationspolitik Frankreichs im Vergleich zur ausgeprägten Segregationstendenz der Sozialpolitik in den USA zurückführen.

1.6 Übersicht über die bisherigen Studien zu den sozialen Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung

Als Teil dieses Auftrags wurde eine Literaturrecherche durchgeführt zu Studien und Publikationen, welche die Verbreitung von sozialen Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung zum Thema haben.

Als Auswahlkriterien für die Berücksichtigung einer Publikation galten:

- Untersuchte Population: Schweizer Wohnbevölkerung (repräsentative Stichprobe oder Vollerhebung)
- Publikationsort in medizinischen, soziologischen oder psychologischen Fachdatenbanken zur wissenschaftlichen Literatur (MedLine, International Bibliography of social sciences, Psyc-Articles, PsycInfo, PsynindexPlus)
- Publiziert zwischen 1970 und Februar 2012
- Stichworte: social resources, social network, social support, social capital, social integration, social isolation

Als erstes Fazit aus der Literaturrecherche kann festgehalten werden:

- Es gibt bisher nur wenige Studien, welche sich explizit mit der Frage der Verbreitung von sozialen Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung befasst haben. Die meisten dieser Studien stützen sich auf Daten, die mehr als zehn Jahre alt sind (vgl. Suter, Iglesias & Oegerli, 2004 mit Datenerhebungen aus den Jahren 1999 und 2000; Gazareth & Modetta, 2006 mit Daten aus dem Jahr 2003; Freitag, 2000, 2001, 2003, 2004 mit Daten aus den Jahren 1992 bis 2001).
- Es gibt ebenfalls sehr wenige internationale Studien, in denen die Situation in der Schweizer Bevölkerung im Vergleich mit anderen Ländern dargestellt wurde.
- Es gibt viele Studien, welche mit Stichproben aus der Schweizer Bevölkerung gearbeitet haben, aber einer analytischen Frage nachgegangen sind. Beispielsweise wurden Patientinnen und Patienten eines Spitals mit Diabetes II zu ihrer sozialen Unterstützung befragt. Damit wurde untersucht, ob Personen mit viel sozialer Unterstützung eine bessere Behandlungscompliance zeigen und einen besseren Gesundheitszustand haben. Diese Art von Studien sind für unsere Fragestellung nicht von Bedeutung und werden deshalb nicht weiter dargestellt.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung sozial gut integriert ist, über ein grosses und vielfältiges soziales Netz verfügt und zufrieden ist mit den sozialen Kontakten und der erhaltenen Unterstützung. Aber es existieren auch Bevölkerungsgruppen, die ein erhöhtes Risiko zur sozialen Isolation aufweisen. Unterschiede in der Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen zeigen sich insbesondere im Zusammenhang mit dem Alter, dem sozio-ökonomischen Status, der Haushaltsstruktur, dem Gesundheitszustand und der Nationalität. Ausserdem werden beim sozialen Kapital auch kantonale Unterschiede beobachtet, wobei die lateinischsprachigen Kantone über ein tieferes soziales Kapital verfügen als die deutschsprachigen Kantone.

1.7 Zusammenfassung

Das Terminologiefeld 'soziale Ressourcen' lässt sich in seine verschiedenen Dimensionen gliedern und hierarchisch ordnen. Soziales Kapital, soziale Netze und soziale Unterstützung stellen die zentralen Konstrukte dieser Arbeit dar. Soziale Ressourcen entstehen als Transaktion zwischen Person und Umwelt, wobei sich die Person und ihre Umwelt durch diesen Prozess über die Zeit verändern. Auf diese Weise können selbstverstärkende Dynamiken entstehen, welche als Teufelskreis die Ressourcen des Individuums immer weiter schwächen. Wichtige Eigenschaften der Person, die sich auf die Entstehung und Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen auswirken, sind u.a.: Geschlecht, Alter, soziale Kompetenz, Persönlichkeitseigenschaften (u.a. Selbstwert) und sozialer Status. Auf der anderen

Seite haben gemäss der wissenschaftlichen Literatur insbesondere folgende Eigenschaften der Umwelt (in Form von Kollektiv- oder ökologischen Merkmalen) einen Einfluss auf die Bildung sozialer Ressourcen: architektonische und sozial-räumliche Eigenschaften des Lebensraums sowie das Ausmass der sozialen Ungleichheit innerhalb einer Gesellschaft.

Es existieren bisher nur wenige Analysen und Studien, die sich explizit mit dem Thema der sozialen Ressourcen in der Schweizer Wohnbevölkerung befassen. Die meisten stützen sich auf die Datenerhebungen des Schweizer Haushaltspanels, der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und der Volkszählung. Die ausgewerteten Daten sind rund zehn Jahre alt. Internationale Vergleiche existieren bisher nur zu punktuellen Fragestellungen.

2 Soziale Ressourcen: die Wirkung auf die Gesundheit

Dass soziale Ressourcen die Gesundheit beeinflussen, ist in qualitativ hochstehenden wissenschaftlichen Studien in den letzten vierzig Jahren zweifelsfrei belegt worden. Sozial isolierte Menschen, aber auch Tiere wie Ratten oder Affen sind physisch und psychisch weniger gesund und haben ein höheres Sterberisiko (Cassel, 1976). Nachdem die Frage der Wirksamkeit (ja / nein) lange im Vordergrund stand, wird heute vermehrt untersucht, *wie die Wirkung von sozialen Ressourcen zustande kommt*. Es geht also um die Frage, welche Prozesse und Wirkungspfade zwischen den sozialen Kontakten und körperlichen und psychischen Reaktionen geschaltet sind.

2.1 Soziale Integration schützt vor frühzeitigem Tod

Das Ausmass an vorhandenen sozialen Ressourcen beeinflusst die allgemeine Mortalität von Erwachsenen aller Altersklassen in erheblichem Ausmass (Berkman & Breslow, 1983; Kawachi et al., 1996). Speziell hoch ist der Zusammenhang der sozialen Integration mit der Sterblichkeit aufgrund von koronaren Herzkrankheiten (Kaplan et al., 1988). Bereits vor mehr als zwanzig Jahren haben House et al. (1988) in einer Review von mehreren prospektiven Studien die Evidenz der Wirkung von sozialen Ressourcen auf Mortalität und Morbidität verglichen mit der Evidenz des Zusammenhangs von Rauchen mit der Entstehung von Lungenkrebs:

«The evidence regarding social relationships and health increasingly approximates the evidence in the 1964 Surgeon General's Report that established cigarette smoking as a cause or risk factor for mortality and morbidity from a range of diseases. The age-adjusted relative risk ratios shown in Figs. 1 and 2 are stronger than the relative risks for all cause mortality than has been observed for smoking (...)» (House et al., 1988, S. 543).

Erste wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema wurden vom französischen Soziologen Emile Durkheim bereits Ende des 19. Jahrhunderts veröffentlicht. Besonders bekannt wurden seine Arbeiten zu den unterschiedlich hohen Suizidraten in verschiedenen Gesellschaften, die er durch das unterschiedlich hohe Ausmass der sozialen Integration erklärte (Durkheim 1897, 1951). Seit diesen ersten Überlegungen zur Bedeutung von sozialen Kontakten für die Gesundheit sind Tausende von wissenschaftlichen Studien in den unterschiedlichsten Settings durchgeführt worden. Eine gute Übersicht über die empirischen Erkenntnisse zur Wirkung sozialer Ressourcen auf die Gesundheit findet man bei Berkman und Glass (2000).

«Goldstandard»: Prospektivstudien

Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang diejenigen Studien, welche als «Goldstandard» der epidemiologischen Forschung gelten: Prospektivstudien, die gesunde Personen über viele Jahre begleiteten und ihre individuelle Entwicklung, ihre Krankheitsrisiken und ihre Sterblichkeit beobachten konnten. In diesen Studien konnte der gesundheitliche Verlauf von Personengruppen untersucht werden, die ähnliche Ausgangswerte aufwiesen, was Alter, Gesundheit, Bildung, Arbeit und ähnliche Faktoren anging, sich aber in Bezug auf ihre soziale Integration, ihr soziales Netz und die erhaltene Unterstützung unterschieden. Nur mit solchen longitudinalen Studien kann man tatsächlich etwas über kausale Zusammenhänge aussagen. Die wichtigsten dieser Prospektivstudien seien hier aufgeführt:

- Alameda County Study, US⁴
- Tecumseh Community Health Study, US⁵
- Evans County Cardiovascular Epidemiologic Study, US⁶

⁴ Berkman & Syme (1979)

⁵ House, Robbins & Metzner (1982)

⁶ Schoenbach, Kaplan & Fredman (1986)

- Eastern Finland Study⁷
- Swedish Study⁸
- Health professionals follow-up study, US⁹

Eine dieser Prospektivstudien ist die Alameda County Studie, CA, die 1965 mit 6'928 Erwachsenen startete. Berkman und Syme untersuchten die Sterblichkeit 9 Jahre nach der ersten Erhebung und konnten zeigen, dass die Personen, welche am stärksten isoliert waren gegenüber denjenigen mit den meisten sozialen Kontakten ein 2,3-mal (Männer) resp. 2,8-mal (Frauen) erhöhtes Sterberisiko hatten. Dieser Zusammenhang war unabhängig vom selbst beurteilten Gesundheitszustand im Jahr 1965, dem individuellen Jahr des Todes, dem sozio-ökonomischen Status und Gesundheitsverhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht, körperliche Bewegung und Nutzung von präventiven Gesundheitsdiensten (Berkman und Syme, 1979).

Eine ebenfalls gross angelegte Prospektivstudie wurde in Schweden durchgeführt. Eine zufällig ausgewählte repräsentative Stichprobe mit 17'433 Frauen und Männern zwischen 29 und 74 Jahren wurde während 6 Jahren auf die gesamte Sterblichkeit und die Sterblichkeit aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen untersucht. Bei dem zu Beginn der Studie durchgeführten Interview wurden Fragen zum sozialen Netz und zum sozialen Kontakt gestellt. Darüber hinaus wurden verschiedene soziodemografische wie auch gesundheitsbezogene Variablen erhoben, die bekannterweise einen Einfluss auf die Mortalität haben. Das relative Sterblichkeitsrisiko der Personen, welche wenig soziale Kontakte hatten (unterstes Drittel der Skala) war 3.7 Mal so hoch wie dasjenige der Personen mit den meisten sozialen Kontakten (oberstes Drittel der Skala). Dieser Unterschied blieb signifikant, auch wenn in einem multivariaten Modell der Einfluss von Alter, Geschlecht, Ausbildungsniveau, Erwerbsstatus, Migrationsstatus, Rauchen, körperliche Aktivität und chronische Erkrankungen einbezogen wurde (Orth-Gomer & Johnson, 1987).

2.2 Soziale Ressourcen senken bestimmte Krankheitsrisiken

Neben der Sterblichkeit, welche vor allem in den älteren Studien im Vordergrund stand, wurde später auch untersucht, ob soziale Ressourcen spezifische Krankheitsrisiken senken können, ob sie einen schützenden Einfluss in Stressprozessen haben und ob sie den Genesungsprozess unterstützen oder das Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen können.

Die wissenschaftliche Literatur zeigt, dass auch das Risiko, an einer breiten Auswahl von Gesundheitsproblemen zu erkranken, durch die vorhandenen sozialen Ressourcen signifikant beeinflusst wird. Übersichtsartikel zum Zusammenhang von sozialen Ressourcen und Erkrankungsrisiken finden sich zum Beispiel bei Berkman & Glass (2000) und Kawachi et al. (1996).

Eine Auswahl der Krankheiten oder Gesundheitsprobleme, die nachweislich von sozialen Ressourcen beeinflusst werden, sei hier erwähnt:

- Herz-Kreislauferkrankungen (Kaplan et al., 1988)
- Diabetes Typ II (Kaplan & Hartwell, 1987)
- Rheumatoide Arthritis (Fitzpatrick et al., 1991)
- Depressionen (Brown & Harris, 1978)
- Pränatale und perinatale Risiken für Fötus und Mutter während der Schwangerschaft (Turner et al., 1990; Oakley et al., 1994, Kearns et al., 1997).

⁷ Kaplan, Salonen, Cohen, Brand, Syme & Puska (1988)

⁸ Orth-Gomer & Johnson (1987)

⁹ Kawachi, Colditz, Ascherio, Rimm, Giovannucci, Stampfer & Willett (1996)

Aus heutiger Sicht ist insbesondere die Erkenntnis wichtig, dass soziale Ressourcen das Immunsystem des Menschen zu stärken vermögen und dadurch indirekt einen wichtigen Einfluss auf viele Krankheitsprozesse wie Infektionskrankheiten, Allergien, Autoimmunkrankheiten und Krebs ausüben (Cohen, 1988; Berkman & Glass, 2000).

Eine neue, weltweit angelegte Studie von Kumar, Calvo, Avendano, Sivaramakrishnan und Berkman (2012) analysierte den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung (erhoben mit der folgenden Frage: «Wenn Sie Probleme haben, haben Sie Freunde und Verwandte auf die Sie zählen können, wann immer Sie Hilfe benötigen? ja/nein») und der Zufriedenheit mit der Gesundheit («Sind Sie zufrieden oder nicht zufrieden mit ihrer persönlichen Gesundheit?»). Ebenfalls untersucht wurde der Zusammenhang von sozialem Kapital (gemessen mit der Teilnahme an Vereinen, die Freiwilligenarbeit leisten) und selbst wahrgenommener Gesundheit. Ziel der Analysen war es abzuklären, ob der bisher vor allem in den reichen Ländern des Nordens gefundene Zusammenhang weltweit gültig ist und ob Variationen in der Stärke der Zusammenhänge je nach Weltregion und Staaten existieren. Verwendet wurden die Daten der Gallup World Poll, einer Datenerhebung in insgesamt 154 Ländern aus allen Kontinenten. In den teilnehmenden Ländern wurde von 2005 bis 2009 je eine repräsentative Stichprobe von rund 1'000 Personen zwischen 15 und 75 Jahren gezogen (N=438'381). Einige Länder mussten aus Gründen der Datenqualität und Vollständigkeit aus dieser Studie ausgeschlossen werden, so dass N=271'642 aus 139 Ländern berücksichtigt werden konnten.

Die Ergebnisse der durchgeführten Mehrebenenvarianzanalyse (Multilevel Modelling) und logistischen Regressionen unter Berücksichtigung der Effekte von Alter, Geschlecht, Zivilstand, Ausbildung und Religiosität zeigen einen positiven Zusammenhang, der in den meisten Staaten signifikant ausfällt. Die Stärke des Zusammenhangs unterscheidet sich hingegen stark zwischen den einzelnen Ländern mit Odds Ratios zwischen 5.82 in Kuwait und 1.06 in Malawi. Diese Studie ist interessant, da sie zeigt, dass soziale Ressourcen tatsächlich weltweit in einem Zusammenhang mit der Gesundheit der Bevölkerung stehen, und zwar in dem gesamten Spektrum von sehr reichen Ländern mit einem überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand der Bevölkerung bis zu den ärmsten Ländern der Welt, in denen die Mortalität und Morbidität der Bevölkerung überaus hoch ist. Die Autoren vermerken aber zu Recht, dass die Operationalisierungen von sozialer Unterstützung, sozialem Kapital und auch von Gesundheit mit je einem Item nur einen sehr beschränkten Ausschnitt abbilden. Aus unserer Sicht ist ausserdem die Verwendung des Zivilstands als Kontrollvariable, deren Effekt in dem verwendeten Modell auspartialisiert wird, fraglich. Aus anderen Studien ist bekannt, dass das Zusammenleben mit einem Lebenspartner (verheiratet) eine der wichtigsten Quellen sozialer Unterstützung ist.

2.3 Über welche Mechanismen nehmen soziale Ressourcen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit?

Nach der ersten Welle von Studien, welche die weitreichende Wirkung von sozialem Kontakt auf Krankheitsanfälligkeit und Sterblichkeit feststellen konnten, kam eine zweite Welle von Analysen, in der untersucht wurde, welche Mechanismen zwischen der «Anwesenheit eines Mitglieds der gleichen Spezies» und Prozessen von Gesundheit und Krankheit vermitteln. Berkman und Glass (2000) haben zu dieser Frage ein konzeptuelles Modell der Wirkungspfade von sozialen Ressourcen auf die Gesundheit entworfen, welches die sozial-strukturellen Bedingungen (Makro-Ebene), die sozialen Netze (Meso-Ebene) und die psychosozialen Mechanismen (Mikro-Ebene) umfasst.

Auf der **Makro-Ebene** sind kulturelle, sozio-ökonomische, politische Faktoren und soziale Veränderungsprozesse (z.B. Urbanisierung) aufgeführt. Dabei wird postuliert, dass beispielsweise kulturelle Normen wie die Konkurrenzorientierung oder Rassismus einen negativen Einfluss auf die Bildung von sozialen Ressourcen haben, indem sie die Strukturen und die Eigenschaften von sozialen Netzen beeinflussen (vgl. Abbildung 2. 1).

Die **sozialen Netzwerke** beeinflussen als Meso-Ebene durch ihre strukturellen Eigenschaften (Grösse, Dichte, Nähe, Homogenität, etc.) und die Charakteristiken der Kontakte innerhalb des Netzwerks (Frequenz und Art der Kontakte, Reziprozität, Multiplexität, etc.) die psychosozialen Mechanismen auf der Ebene der **Individuen** (Mikro-Ebene). Diese psychosozialen Mechanismen beinhalten die soziale Unterstützung, die soziale Beeinflussung, das soziale Engagement und den Kontakt von Person zu Person.

Abbildung 2.1 Konzeptuelles Modell, wie soziale Netze die Gesundheit beeinflussen (vereinfacht nach Berkman & Glass, 2000)



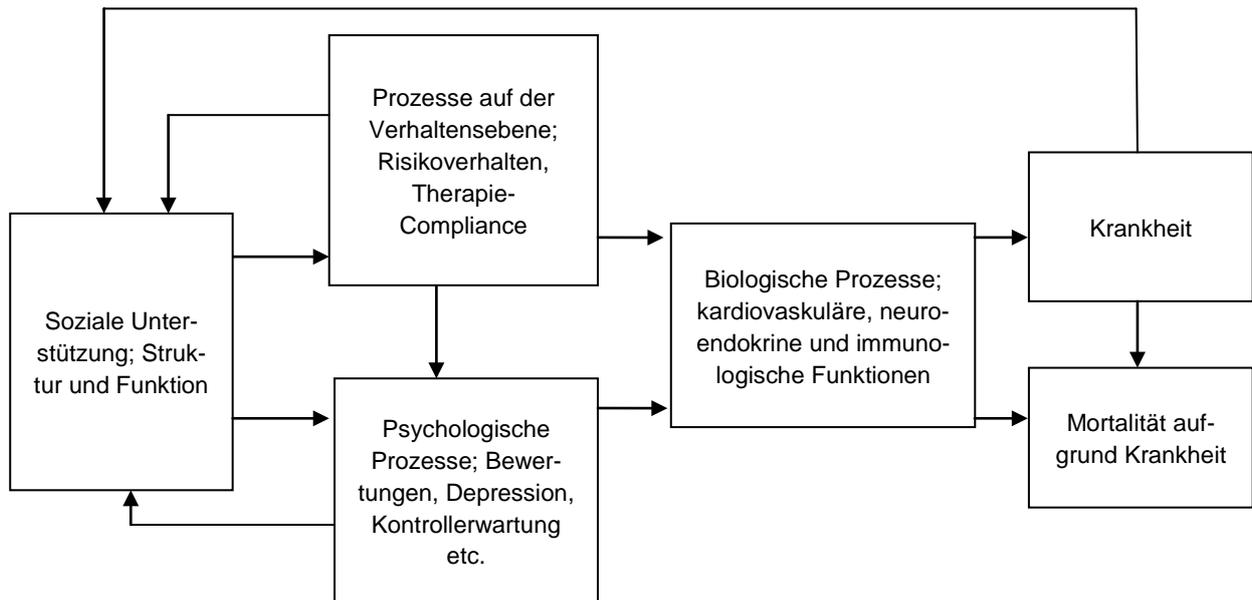
Drei Wirkungspfade: Gesundheitsverhalten, psychologische Prozesse und physiologische Reaktionen

Die Autoren schlagen schliesslich drei verschiedene Pfade vor, die zwischen der Mikroebene (Individuum) und der Gesundheit eine Wirkung ausüben:

1. Einfluss auf die Gesundheit über das **Gesundheitsverhalten**: Die in einem sozialen Netz vorherrschenden Normen und Einstellungen zum Beispiel zum Rauchen beeinflussen das Verhalten der Mitglieder unter anderem über soziales Lernen, Sozialisierungs- und Anpassungsprozesse, aber auch über soziale Kontrolle.
2. Einfluss auf die Gesundheit über **psychologische Prozesse**: Soziale Ressourcen beeinflussen beispielsweise die Selbstwirksamkeit, den Selbstwert und die Effektivität des Copingstils im Umgang mit Stress.
3. Einfluss über **physiologische Reaktionen**: Soziale Kontakte haben einen direkten Einfluss auf das Immunsystem, die kardiovaskuläre Reaktion, aber auch auf die Übertragung von ansteckenden Erregern.

In neuester Zeit hat sich insbesondere Uchino (2006) mit der Frage beschäftigt, wie soziale Unterstützung physische Krankheitsprozesse beeinflussen kann. Ausgehend von einer Reviewarbeit zum Stand der Erkenntnisse hat er das unten abgebildete Modell entwickelt. Krankheitsprozesse werden aus seiner Sicht von kardiovaskulären, neuroendokrinen und immunologischen Funktionen beeinflusst, welche sowohl vom Verhalten wie auch vom Erleben und den Emotionen der Person ausgelöst oder beeinflusst werden. Das Erleben und die Emotionen wiederum werden beeinflusst durch die sozialen Ressourcen der betroffenen Person.

Abbildung 2.2 Modell zur Darstellung der möglichen Pfade, die soziale Unterstützung mit physischer Gesundheit verbinden (nach Uchino, 2006, 378; eigene Übersetzung).



Aus der bestehenden Literatur gibt es starke Evidenz dafür, dass soziale Ressourcen über die Beeinflussung von psychischen Prozessen wie Angst, Freude, Depression, Stresswahrnehmung, etc. einen Einfluss auf kardiovaskuläre, neuroendokrine und immunologische Funktionen haben (vgl. Barrera, 2000; Uchino, 2006). Uchino et al. (2012) verweist aber auch darauf, dass es Hinweise auf einen direkten Zusammenhang zwischen sozialen Ressourcen und biologischen Funktionen gibt, ohne «den Umweg» über die psychischen Reaktionen. Das bedeutet, dass beispielsweise die reine Anwesenheit einer vertrauten Person eine gesundheitsschützende Wirkung hat, unabhängig davon, wie das Individuum diese Beziehung erlebt, welche Emotionen durch die Nähe ausgelöst werden oder wie zufrieden es mit der erhaltenen Unterstützung ist.

Soziale Unterstützung schützt vor den Folgen von Stress

Insbesondere für die Wirkung der sozialen Unterstützung auf kardiovaskuläre Funktionen gibt es viele positive Befunde: Soziale Unterstützung weist einen Puffereffekt in Situationen mit hohem Stress auf, sodass die potenziell schädigenden Reaktionen des kardiovaskulären Systems geringer oder gar nicht auftreten. Aber auch im Alltag haben soziale Ressourcen einen positiven Einfluss auf den Blutdruck. So konnten beispielsweise Steptoe und Kollegen zeigen, dass Eltern mit hoher sozialer Unterstützung eine viel stärkere abendliche Reduktion des systolischen Blutdrucks erlebten verglichen mit Eltern mit geringer sozialer Unterstützung (Steptoe, Lundwall & Cropley, 2000). Soziale Ressourcen beeinflussen hormonelle Prozesse. Nachgewiesen ist beispielsweise der Zusammenhang mit Cortisol (Stresshormon), welches die Immunantwort schwächt (Heinrichs et al., 2003). Bekannt geworden sind auch Studien, die zeigen, dass soziale Ressourcen die Aktivität der natürlichen Killerzellen beeinflussen (Levy, et al., 1990). Natürliche Killerzellen gehören zu den weissen Blutzellen und sind in der Lage, abnormale Zellen wie Tumorzellen und virusinfizierte Zellen, zu erkennen und abzutöten.

In dem oben dargestellten Modell von Uchino (2006) ist eine Feedback-Schleife vorgesehen, die von der Krankheit auch wieder zurück auf die soziale Unterstützung und das soziale Netz führt. Verschiedene Studien zeigen, dass sich das Auftreten einer Krankheit sowohl positiv wie auch negativ auf das soziale Netz der erkrankten Person und die erhaltene Unterstützung auswirken kann (Bolger et al., 1996; Coyne, 1976) und dass sich dieser Zusammenhang auch über die Dauer der Erkrankung stark verändern kann (z.B. im Verlauf einer chronischen Depression kurzfristige Zunahme zu Beginn und längerfristige Abnahme der sozialen Unterstützung).

Ausgehend von der Erkenntnis, dass soziale Ressourcen nachweislich eine Wirkung auf ganz unterschiedliche Arten von Krankheiten haben (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Infektionskrankheiten), wird heute nach einem physiologischen Prozess im Sinne eines integrativen Mechanismus gesucht. Solche integrative Mechanismen stellen gemäss Uchino Entzündungsprozesse dar, welche durch das Immunsystem vermittelt werden («immune-mediated inflammation»). Diese spielen bei all diesen Krankheitsarten nachweislich eine wichtige Rolle und es gibt erste Befunde, die zeigen, dass soziale Unterstützung eine hemmende Wirkung auf diese entzündlichen Prozesse ausübt (Uchino, 2006, 382).

2.4 Zusammenfassung

Die Wirkung von sozialen Ressourcen auf die Gesundheit ist empirisch gut bestätigt. Zusammenfassend kann man feststellen, dass soziale Unterstützung, soziale Integration und ähnliche Konstrukte eine erhebliche Wirkung auf die Mortalität resp. Lebenserwartung wie auch auf Krankheitsrisiken, Genesungschancen und Genesungsdauer haben. Eine gute soziale Integration und soziale Unterstützung senken insbesondere die Risiken von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Infektionskrankheiten.

«Virtually all of these studies find that people who are socially isolated or disconnected to others have between two and five times the risk of dying from all causes compared to those who maintain strong ties to friends, family, and community.» (Berkman & Glass, 2000, 160)

Was die genaue Wirkungsweise angeht, sind aber noch immer viele Fragen offen. In der wissenschaftlichen Literatur werden verschiedene Modelle vorgeschlagen, welche die Pfade zwischen sozialen Kontakten und Interaktionen und salutogenen oder pathogenen Prozessen erklären sollen. In dem Modell von Berkman & Glass (2000) werden soziale Netze, die durch gesellschaftliche und sozio-ökonomische Rahmenbedingungen beeinflusst sind, als Potenzial zur Ermöglichung sozialer Unterstützung und Beeinflussung betrachtet. Diese psychosozialen Mechanismen lösen beim Individuum Reaktionen auf der behavioralen, psychologischen und physiologischen Ebene aus. Auf der Grundlage des neuesten Stands der empirischen Forschung kommt Uchino (2006 und 2012) zum Schluss, dass soziale Unterstützung über die Beeinflussung von Verhalten und Emotionen biologische Prozesse auslöst oder beeinflusst.

Neue Studien haben Hinweise darauf ergeben, dass soziale Kontakte auch einen direkten Einfluss auf physiologische Prozesse haben, wie beispielsweise auf den Hormonspiegel, die Immunabwehr oder Entzündungsprozesse. Da soziale Ressourcen ganz unterschiedliche Krankheitsrisiken wie Krebs, Diabetes oder Herzinfarkt zu beeinflussen vermögen, postuliert Uchino (2012) einen integrativen Mechanismus. Diesen sieht er in Entzündungsprozessen, die durch das Immunsystem vermittelt werden.

3 Soziale Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung: die sozialen Netze

3.1 Einleitung

Im folgenden Kapitel werden wir auf die Ergebnisse der Auswertungen zu den verschiedenen Aspekten der sozialen Netze der Schweizer Bevölkerung eingehen, also auf die strukturellen Eigenschaften der sozialen Ressourcen. Im Vordergrund dieses Kapitels stehen Fragestellungen zur Grösse der sozialen Netze, zu deren Zusammensetzung (z.B. Anzahl Freundschaften oder Vorhandensein von Vertrauensbeziehungen), zur Frage, welche Personengruppen über mehr oder weniger gute Beziehungen verfügen und wer aufgrund von persönlichen Eigenschaften oder einer bestimmten sozialen Lage ein grosses Risiko zur Isolation aufweist. Dabei wollen wir, wo immer es möglich ist, die Veränderung in den sozialen Netzen und Beziehungsmustern der Bevölkerung über die Zeit darstellen. Der Blick zurück in die Vergangenheit ist immer dann wertvoll, wenn man sich vor Augen halten will, wie der heute beobachtbare Zustand entstanden ist und wo wir im Verlauf der stattfindenden Veränderungsprozesse stehen.

Folgende Fragestellungen sollen in diesem Kapitel beantwortet werden:

- Wie gross sind die sozialen Netze der Schweizer Bevölkerung und wie setzen sie sich zusammen?
- Welche Unterschiede gibt es zwischen Personen mit besonders kleinen und Personen mit besonders grossen Netzen?
- Beeinflussen das Alter und das Geschlecht der Fokalsperson die Grösse ihres sozialen Netzes?
- Inwiefern haben sich die sozialen Netze in den letzten Jahrzehnten verändert?
- Wie beeinflussen Lebenskrisen die sozialen Netze der Betroffenen? Gibt es Unterschiede je nach Problem?

Die Auswertungen, die in diesem Kapitel vorgestellt werden, wurden mittels des Schweizer Haushaltspanels und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sowie mit Daten aus der Volkszählung erarbeitet. Jede dieser Datenquellen bietet spezifische Möglichkeiten zur Analyse unserer Fragestellungen, hat gleichzeitig aber auch ihre Grenzen in Bezug auf die Operationalisierung sozialer Ressourcen sowie die Möglichkeit der Vergleiche über die Zeit und zwischen Regionen. *Im Anhang finden Sie eine ausführliche Beschreibung dieser Quellen und ihrer Bedeutung für den vorliegenden Bericht.*

Die folgende Tabelle stellt die wichtigsten Informationen zu den Datenquellen sowie die Details zu den verwendeten Variablen und Konstrukten vor.

Tabelle 3.1 Die wichtigsten Informationen zu den verwendeten Daten, Variablen und Konstrukten

Die Erhebung des **Schweizer Haushaltspanels (SHP, FORS)** startete im Jahr 1999 mit einer Stichprobe von 5074 Haushalten beziehungsweise 12'931 Haushaltsmitgliedern. Das wichtigste Ziel des SHP ist die Beobachtung des sozialen Wandels und insbesondere der Lebensbedingungen der Bevölkerung in der Schweiz. Es handelt sich um eine jährlich wiederholte Panelstudie (Längsschnittstudie), die eine repräsentative Zufallsstichprobe von Haushalten in der Schweiz begleitet und deren Mitglieder interviewt. In der Erhebung 2010, deren Daten hier analysiert wurden, haben N=7546 Personen teilgenommen.

Variablen und Konstrukte	Frage	Antwortmöglichkeiten
Grösse des primären Netzes (konstruiert); Summe der Anzahl Mitbewohner im selben Haushalt plus Lebenspartner, falls dieser nicht im selben Haushalt wohnt	Anzahl der Personen im Haushalt Haben Sie eine Partnerin oder einen Partner?	Anzahl Personen ja / nein
Grösse des nahen Netzes (konstruiert); Summe der Anzahl Personen: Verwandte und Freunde	Zu wie vielen Verwandten haben Sie eine gute und enge Beziehung? Und wie viele gute und enge Freunde und Freundinnen haben Sie?	Anzahl Personen
Grösse des peripheren Netzes (konstruiert); Summe der Anzahl Personen: Nachbarn und Kollegen / Bekannte	Zu wie vielen von Ihren Nachbarn haben Sie eine gute und enge Beziehung? Zu wie vielen Kollegen und Kolleginnen von der Arbeit, Bekannte aus der Freizeit, aus der Politik, aus der Kirche oder aus anderen Lebensbereichen haben Sie eine gute und enge Beziehung?	Anzahl Personen
Kritisches Lebensereignis	Haben Sie seit (Monat / Jahr) eine Krankheit, einen Unfall oder ein anderes schwerwiegendes gesundheitliches Problem gehabt? Was ist es gewesen?	Ja / nein Körperlich bedingte Krankheit / Psychisch bedingte Krankheit / Unfall / andere Gründe

Die **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB, BFS)** stellt eine der wichtigsten Datenquellen zur Beurteilung der Gesundheit der erwachsenen Schweizer Bevölkerung (ab 15 J.) dar, die in Privathaushalten leben. Die SGB wird seit 1992 regelmässig alle fünf Jahre erhoben. An den hier verwendeten Erhebungen nahmen im Jahr 2007 N=18'760 Personen und im Jahr 1992 N= 15'288 Personen teil.

Variablen und Konstrukte	Frage	Antwortmöglichkeiten
Existenz einer Vertrauensbeziehung	Gibt es unter den Personen, die Ihnen nahestehen jemanden, mit dem Sie jederzeit über ganz persönliche Dinge reden können?	ja, mehrere ja, eine Person nein
Existenz einer Person, die Hilfe im Alltag leistet	Gibt es in Ihrer Familie, in Ihrer Nachbarschaft Personen, die Sie jederzeit um Unterstützung oder Hilfe bei alltäglichen Belangen anfragen können?	ja, mehrere ja, eine Person nein

3.2 Grösse und Zusammensetzung der sozialen Netze der Schweizer Bevölkerung

Wir unterscheiden beim sozialen Netz einer Person u.a. zwischen der Grösse (Anzahl Personen), der Art der Beziehung (Lebenspartner, Verwandte, Freundeskreis, etc.) und der Qualität der Beziehung zu den Mitgliedern. Im Schweizer Haushaltspanel wurde die Grösse des sozialen Netzes erhoben, das heisst, es wurde nach der Anzahl Personen gefragt, zu denen die Fokalsperson eine «gute und enge Beziehung» hat. Dabei wurden verschiedene Teilnetze unterschieden, die sich durch die Art der Beziehung wie auch ihre Qualität unterscheiden. In der folgenden Tabelle 3.2 sind die wichtigsten Eckwerte der Grösse des sozialen Netzes an guten und engen Bezugspersonen wie auch der Teilnetze der Schweizer Bevölkerung im Jahr 2010 festgehalten, erhoben mit dem SHP (N=7546).

Tabelle 3.2 Grösse des Sozialen Netzes und seiner Teilnetze

	Primäres Netz: Haushaltsmitglieder und Partner/in	Nahes Netz: Freundinnen/Freunde und Verwandte	Peripheres Netz: Kolleginnen/Kollegen und Nachbarinnen/ Nachbarn	Soziales Netz insgesamt
N	7394	7288	7225	7161
Mittelwert	1.9	12.5	10.5	24.9
Median	2	10	7	19
Perzentile: 1%	0	0	0	2
10%	0	4	0	9
25%	1	6	3	13
75%	3	15	13	30
90%	4	22	22	44
99%	5	50	60	107

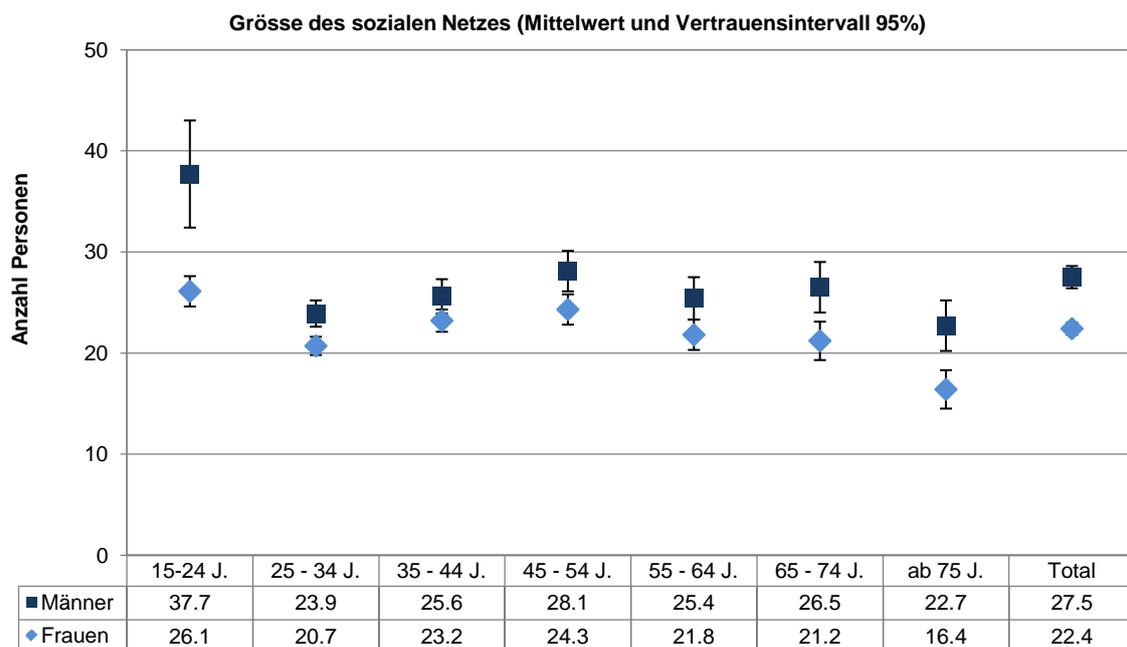
Quelle: SHP – gewichtete Querschnittsdaten 2010

Betrachtet man den Medianwert als typischen Wert einer Verteilung¹⁰, dann setzt sich das soziale Netz an guten und engen Beziehungen zusammen aus: 2 Personen als Kernnetz, bestehend aus dem Lebenspartner und aus Personen, mit denen man im selben Haushalt lebt; 10 Personen im nahen Netz von befreundeten Personen und Verwandten, mit denen man eine gute und enge Beziehung pflegt und schliesslich 7 Personen im peripheren Netz von Nachbarinnen und Nachbarn sowie Kolleginnen und Kollegen, zu denen man ebenfalls eine gute und enge Beziehung pflegt. Das ergibt insgesamt 19 als typische Grösse des gesamten Unterstützungsnetzes einer Person. Die Spannweite zwischen Personen mit marginalem Netz und solchen mit grossen Netzen ist weit: 1% der Bevölkerung (Perzentil 1) weist ein Unterstützungsnetz von insgesamt höchstens 2 Personen auf. Am anderen Ende der Skala liegen die 1% der Bevölkerung, welche auf ein Unterstützungsnetz von 107 und mehr Personen zählen (Perzentil 99).

Beeinflusst das Alter und das Geschlecht der Fokalsperson die Grösse ihres sozialen Netzes?

Die durchschnittliche Netzwerkgrösse der männlichen Bevölkerung über 15 Jahren betrug im Jahr 2010 27,5 Personen; bei der weiblichen Bevölkerung 22,4 Personen. Wie man in der Abbildung 3.1 erkennen kann, pflegen junge Frauen und insbesondere junge Männer einen besonders grossen Beziehungskreis. Mit dem Übergang in das mittlere Erwachsenenalter erfolgt eine Abnahme des Netzes, was mit der Familiengründung oder der Berufstätigkeit zu tun haben könnte. Ab 75 Jahren verringert sich die Grösse des sozialen Netzes bei den Frauen und Männern deutlich.

Abbildung 3.1 Anzahl Personen im sozialen Netz nach Altersgruppen 2010



Quelle: SHP – gewichtete Querschnittsdaten, N= 7 394

© Obsan 2014

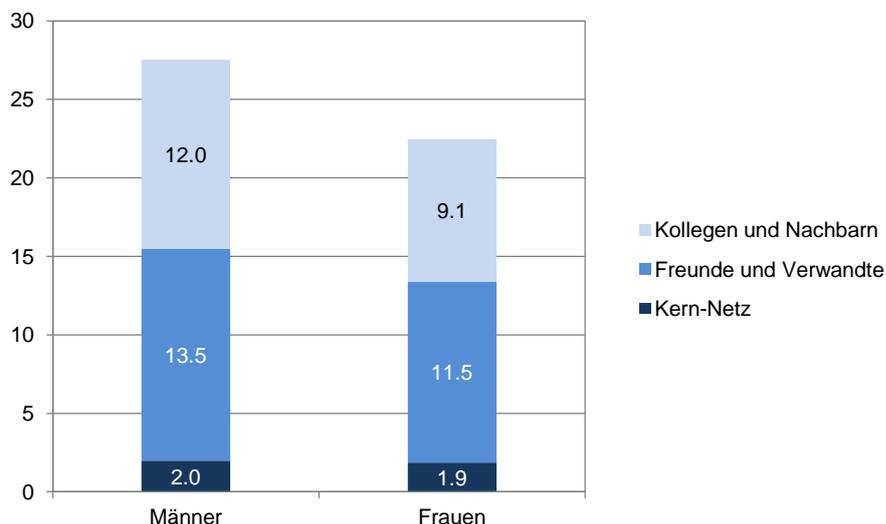
Die in der Schweiz lebenden Männer haben im Durchschnitt ein grösseres soziales Netz als die Frauen, und zwar über alle Altersgruppen hinweg. Dies stimmt für das soziale Netz insgesamt wie auch für alle drei Teilnetze (vgl. Abbildungen 3.1 und 3.2). Auffallend sind die Unterschiede bei dem Kern des sozialen Netzes bestehend aus Lebenspartner/in, Kindern und übrigen Mitbewohnern im selben Haushalt. 8% der männlichen Bevölkerung ab 15 Jahren verfügen über keine solche Person (leben

¹⁰ Der Medianwert teilt die Bevölkerung in zwei gleich grosse Hälften. 50% der Personen liegen unter diesem Wert, 50% darüber. Dieser Wert wird im Gegensatz zum arithmetischen Mittelwert nicht von statistischen Ausreissern beeinflusst.

alleine in einem Haushalt und haben auch keine/n Lebenspartner/in, der/die in einem anderen Haushalt lebt). Dieser Anteil ist mit 16% bei der weiblichen Bevölkerung doppelt so hoch (nicht dargestellt).

Die Diskrepanz zwischen Männern und Frauen wird im Alter besonders deutlich: Es sind viel mehr Frauen (Anteil von 63%) als Männer (Anteil von 16%), die im Alter ohne ein Kern-Netz ihren Alltag bewältigen müssen (vgl. Abbildung 3.3).

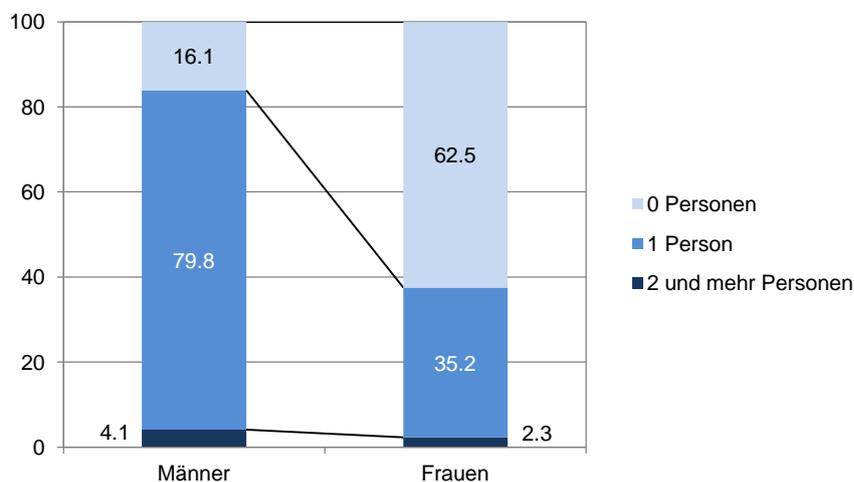
Abbildung 3.2 Grösse und Zusammensetzung des sozialen Netzes nach Geschlecht, 2010



Quelle: SHP – gewichtete Querschnittsdaten, N=7394

© Obsan 2014

Abbildung 3.3 Grösse des Kern-Netzes nach Geschlecht: Personen ab 75 Jahren



Quelle: SHP – gewichtete Querschnittsdaten 2010, N=611

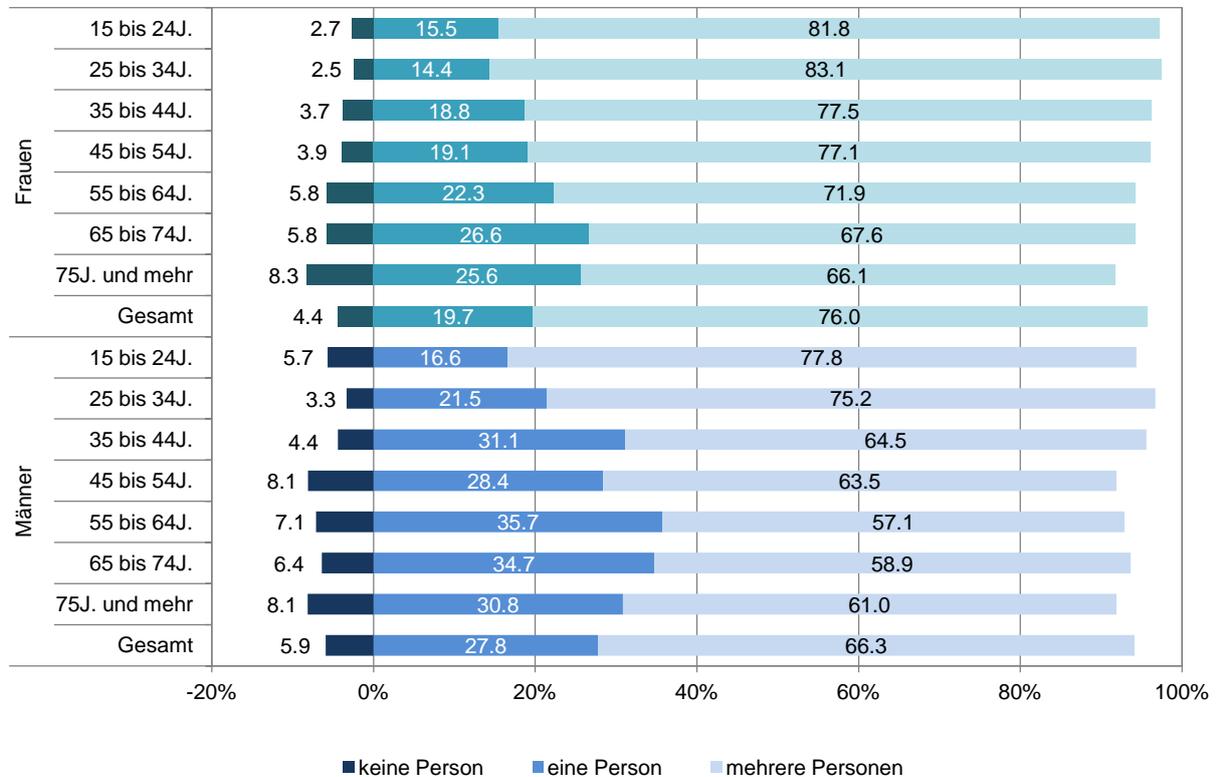
© Obsan 2014

Unterschiedlich hoher Bedarf nach Vertrauensbeziehungen

Eine der wichtigsten Quellen sozialer Unterstützung ist die sogenannte Vertrauensbeziehung, also ein Mensch, dem man sein volles Vertrauen schenkt und mit dem man jederzeit über ganz persönliche Angelegenheiten sprechen kann. Knapp 95% der gesamten Bevölkerung haben mindestens eine Person in ihrem Bekanntenkreis, mit der sie auch über ganz persönliche Angelegenheiten sprechen können, 71% kennen sogar mehrere solche Personen (Quelle: SGB, BFS, 2007). Da diese Vertrauensbeziehung eine besonders grosse Bedeutung zum Schutz der Gesundheit hat, stellt der Anteil der

Personen, der *über keine solche Beziehung* in seinem persönlichen Netzwerk verfügt, ein wichtiger Indikator für mangelnde soziale Ressourcen dar.

Abbildung 3.4 Anteil Personen ab 15 Jahren, die keine, eine oder mehrere Vertrauenspersonen haben nach Geschlecht und Alter



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

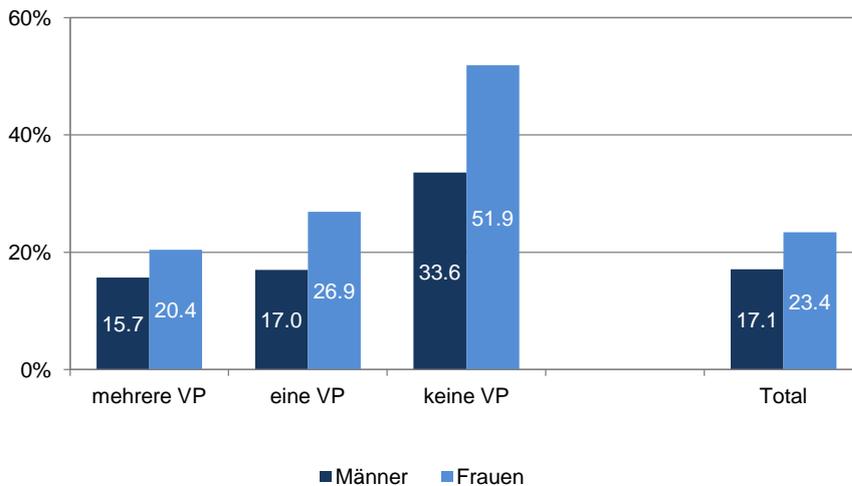
© Obsan 2014

In Abbildung 3.4 wird der Anteil der Personen nach Geschlecht und Alter dargestellt, die keine, eine oder mehrere Vertrauenspersonen in ihrem sozialen Netz haben. Die Frauen sind oben dargestellt, die Männer in der unteren Hälfte der Abbildung. 4,4% aller Frauen verfügen über keine solche sehr nahe, vertrauensvolle Beziehung. Bei den Männern ist dieser Anteil insgesamt höher mit 5,9%. Bei den Frauen zeigt sich ein Alterseffekt: Je älter, umso höher ist der Anteil der Frauen ohne Vertrauensbeziehung. Bei den Männern ist dieser Effekt nicht zu beobachten. Erstaunlicherweise ist bei ihnen dieser Anteil in der jüngsten Altersgruppe etwas höher als in mittleren Jahren und dann wieder höher im Alter.

Neben der Frage der Existenz wichtiger Unterstützungspersonen stellt sich aus gesundheitlicher Sicht auch die Frage, ob man mit der vorliegenden Situation zufrieden ist oder ob man mehr solche nahestehenden Personen benötigt, um den Alltag zu bewältigen und sich wohlfühlen. 20% der Bevölkerung (23% der Frauen und 17% der Männer) geben an, dass sie manchmal eine Vertrauensbeziehung vermissen.

In der folgenden Abbildung wird nach Geschlecht getrennt dargestellt, wie hoch der Anteil an Personen ist, die eine Vertrauensperson vermissen und zwar abhängig davon, ob sie über mehrere, eine oder gar keine Vertrauenspersonen verfügen. Frauen scheinen ein höheres Bedürfnis nach sehr nahen Beziehungen zu haben als Männer. Unabhängig davon, ob mehrere, eine oder gar keine Vertrauensbeziehung besteht, ist der Anteil an Frauen, die sich mehr solche Beziehungen wünschen, deutlich höher ausgeprägt. Dieser Geschlechterunterschied ist aus der Literatur bekannt (siehe dazu Kapitel 1.5).

Abbildung 3.5 Anteil Personen ab 15 Jahren, die eine Vertrauensperson (VP) vermissen, abhängig vom Geschlecht und dem Vorhandensein von Vertrauenspersonen



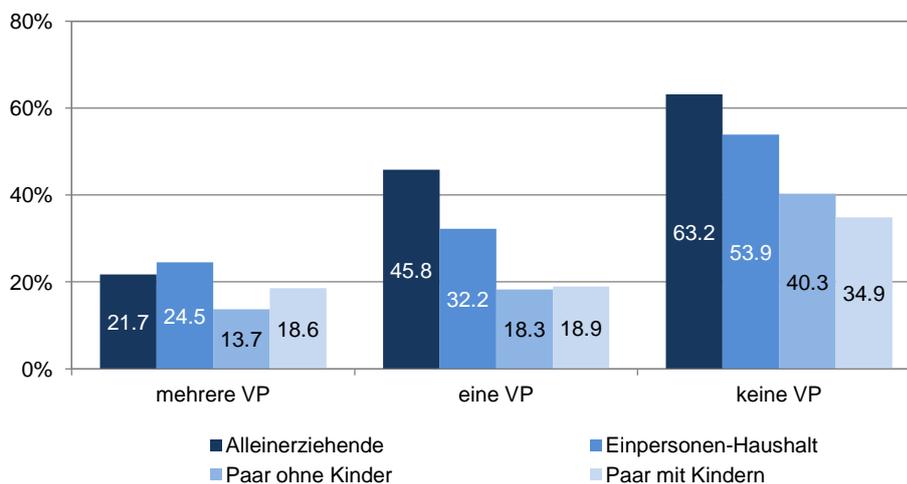
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan 2014

Alleinerziehende und Alleinwohnende haben ein höheres Bedürfnis nach Vertrauensbeziehungen

Wie viele Vertrauenspersonen jemand benötigt, um sich gut unterstützt zu fühlen, hängt nicht nur mit dem Geschlecht, sondern auch mit der Lebenslage und der damit verbundenen Belastung zusammen. So haben beispielsweise alleinerziehende Personen ein höheres Bedürfnis nach Vertrauensbeziehungen: Knapp die Hälfte der Alleinerziehenden fühlt sich mit einer einzigen Vertrauensbeziehung nicht genügend unterstützt, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich wird:

Abbildung 3.6 Anteil Personen ab 15 Jahren, die eine Vertrauensperson vermissen, abhängig vom Haushaltstyp und dem Vorhandensein von Vertrauenspersonen



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan 2014

Betrachtet man zunächst die beiden Gruppen 'Paar ohne Kinder' und 'Paar mit Kindern', zeigt sich, dass der Anteil von Personen, die mehr Vertrauensbeziehungen wünschen, etwa gleich hoch ist, ob man nun über mehrere Vertrauensbeziehungen oder lediglich eine Vertrauensbeziehung verfügt. Das bedeutet, dass in dieser Lebenssituation in der Regel eine einzige Vertrauensbeziehung genügt.

Bei den anderen beiden Gruppen 'Einpersonen-Haushalt' und insbesondere 'Alleinerziehende' ist der Anteil derjenigen Personen, denen lediglich eine Vertrauensperson nicht ausreicht, deutlich höher.

Diese Ergebnisse weisen auf ein erhöhtes Bedürfnis nach sehr persönlichen starken Beziehungen hin in Zeiten von hoher Belastung oder in Lebenslagen, die mit vielen Belastungen verbunden sind.

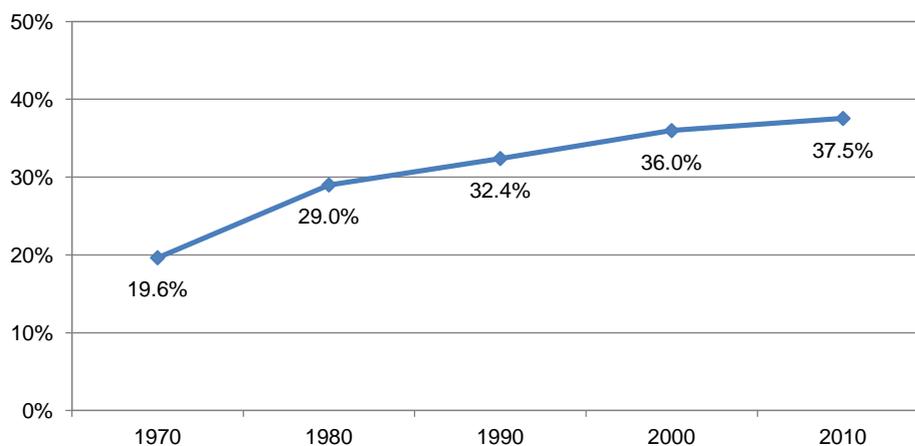
3.3 Veränderungen der sozialen Netze der Bevölkerung im Verlauf der Zeit

Um Veränderungen bei den sozialen Netzen der Schweizer Bevölkerung über die Zeit analysieren zu können, befassten wir uns einerseits mit Informationen zur Haushaltsstruktur, die wir aus der Volkszählung entnehmen können, und andererseits mit Daten aus den zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen Schweizerische Gesundheitsbefragung und Schweizer Haushaltspanel.

Mega-Trend: Zunahme von Einpersonenhaushalten in der Schweiz

Der Haushalt mit seinen Bewohnerinnen und Bewohnern ist der Ort, an dem traditionellerweise diejenigen Personen zusammenleben, die sich am nächsten stehen. Wie wir im Folgenden sehen werden, hat sich an diesem wichtigen Aspekt der Strukturen der sozialen Netze in den letzten 40 Jahren in der Schweiz wie auch in Europa, den USA und anderen hoch entwickelten Staaten ein grosser Wandel vollzogen. Seit 1970 hat sich der Anteil der Einpersonenhaushalte in der Schweiz beinahe verdoppelt. Dieser Trend soll sich gemäss Szenario des Bundesamtes für Statistik auch in Zukunft fortsetzen: 2005 lebten 1'181'600 Personen in Einpersonenhaushalten. Gemäss Szenario 2005 bis 2030 sollten es im Jahr 2030 1'587'700 Personen sein (BFS, 2008). Der Anteil von Einpersonenhaushalten in der Schweiz ist im europäischen Vergleich aussergewöhnlich hoch (Quelle: Urban Audit, BFS, 2010).

Abbildung 3.7: Anteil Einpersonenhaushalte an allen Privathaushalten der Schweiz



Quelle: BFS – Volkszählung (VZ)

© Obsan 2014

Die Ursachen für die starke Zunahme an Personen, die alleine wohnen, sind vielfältig. In der wissenschaftlichen Literatur wird diese Veränderung mit der sogenannten zweiten demografischen Transition der Bevölkerungsstruktur erklärt (Ogden & Schnoebelen, 2005; Solsona, 1998). Wichtige Erklärungsfaktoren für diesen Wandel im Zeitraum von 1955 bis heute sind:

- Zunahme der Scheidungsraten
- Abnahme der Anzahl Kinder pro Frau
- Erhöhung der Lebenserwartung
- Zunehmende Akzeptanz von ausserehelichem oder vorehelichem Sexualleben
- Zunahme von Paaren, die getrennt wohnen («LAT relations: living apart together»)
- Veränderung des Rollenverständnisses der Frauen mit einer Zunahme von erwerbstätigen, finanziell unabhängigen Frauen

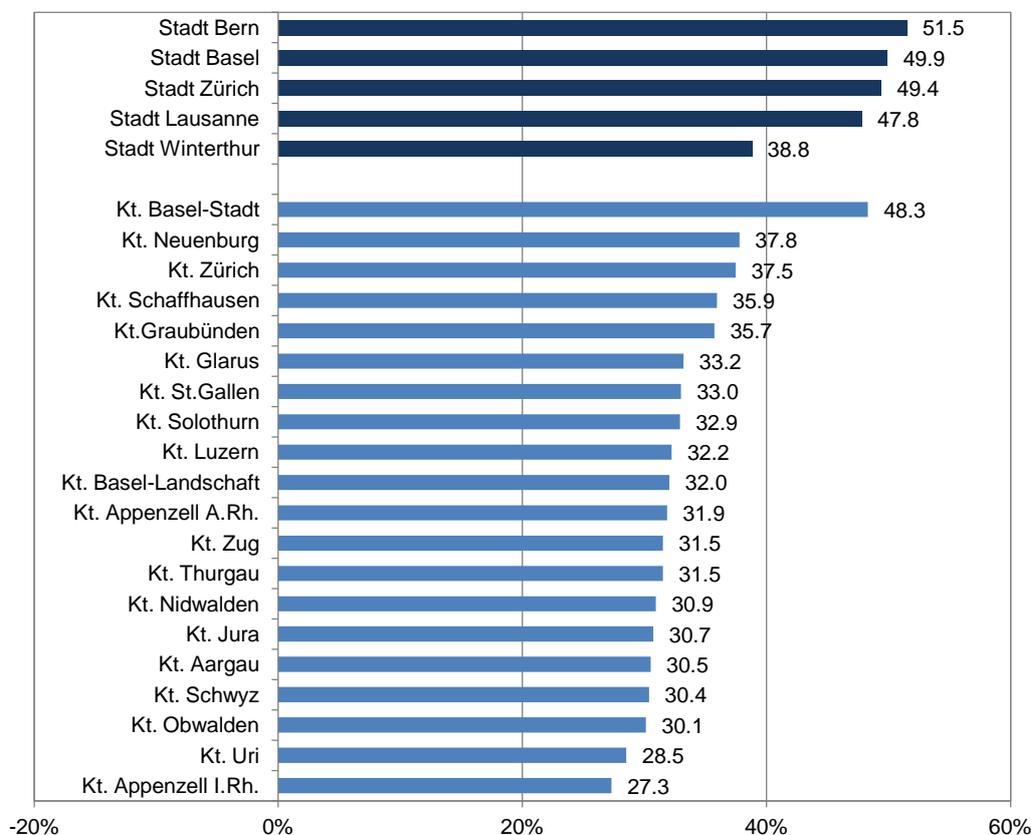
- Zunahme des Wohlstands generell
- Veränderung der Werthaltungen gegenüber dem traditionellen Familienmodell.

Einige dieser Faktoren wirken sich unterschiedlich auf Frauen und Männer aus. Wie Solsona (1998) darlegt, liegt eine der wichtigsten Triebfedern dieser zunehmenden Individualisierung in der veränderten Vorstellung der Rolle der Frau: Junge, berufstätige, gut ausgebildete Frauen können heute frei wählen, ob sie alleine wohnen wollen oder nicht. Auf der anderen Seite sind Frauen nach einer Scheidung oder dem Tod des Ehepartners auch viel stärker dem Risiko ausgesetzt, alleine wohnen zu müssen. Geschiedene Männer heiraten deutlich häufiger wieder als geschiedene Frauen, was von Ogden et al. (2005) damit erklärt wird, dass es in aller Regel die Frauen sind, welche die Kinder aus einer geschiedenen Ehe betreuen. Dieser Umstand verringert ihre Chancen, einen neuen Lebenspartner zu finden und sich wieder zu verheiraten. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung ist die Wahrscheinlichkeit einer Verwitwung bei älteren Frauen ebenfalls um ein Vielfaches höher als bei den Männern.

Wer alleine wohnt, muss nicht sozial isoliert sein, aber sein Risiko dafür ist höher

Selbstverständlich bedeutet der Umstand, dass jemand alleine in einer Wohnung lebt, noch lange nicht, dass diese Person sozial isoliert ist oder zu wenig Unterstützung erhält. Ein beträchtlicher Teil der alleine Wohnenden hat sich bewusst für diese Lebensform entschieden, pflegt eine Beziehung zu einer Lebenspartnerin, bzw. einem Lebenspartner oder hat vielleicht engen Kontakt zu erwachsenen Kindern sowie zu einem grossen und unterstützenden Freundes- und Bekanntenkreis.

Abbildung 3.8 Anteil Einpersonenhaushalte an allen Privathaushalten in grossen Schweizer Städten und Kantonen¹¹



Quelle: BFS – Volkszählung 2010

© Obsan 2014

¹¹ Es fehlen die Kantone Bern, Freiburg, Tessin, Waadt, Wallis und Stadt und Kanton Genf, zu denen dem BFS im April 2013 noch keine aussagekräftigen Daten zur Haushaltsstruktur vorlagen.

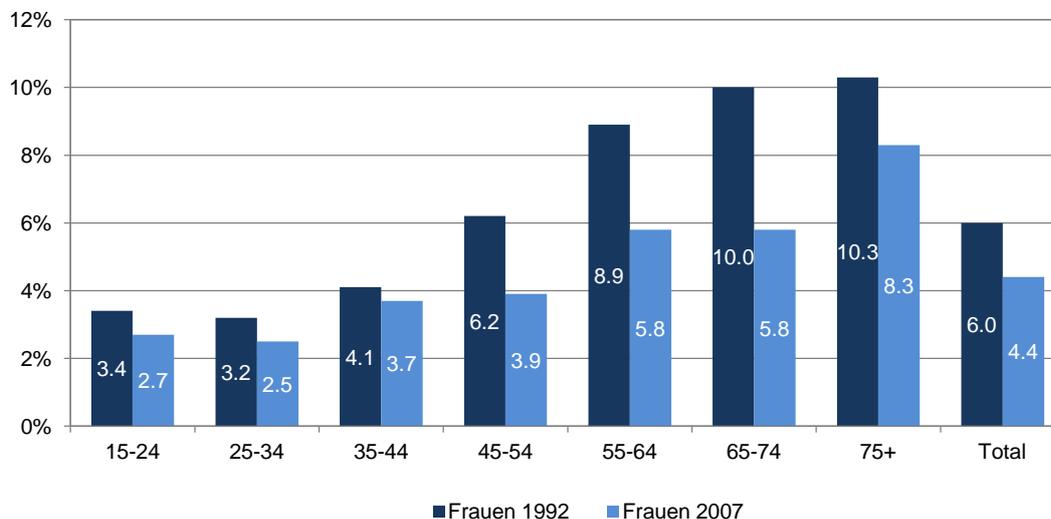
Allerdings zeigen unsere Analysen, dass der Haushaltstyp einen klaren Zusammenhang aufweist mit der Wahrscheinlichkeit, über gute soziale Ressourcen zu verfügen (vgl. Kapitel 4.3). Frauen und Männer, die in einem Einpersonenhaushalt leben, haben deutlich häufiger mangelnde soziale Ressourcen und fühlen sich ungenügend unterstützt, und zwar selbst dann, wenn sie über eine Lebenspartnerin, bzw. einen Lebenspartner verfügen, der nicht in derselben Wohnung lebt. Gerade bei den Männern ist die Frage, ob sie mit anderen Menschen zusammenwohnen, von entscheidender Bedeutung für ihre sozialen Ressourcen. Es kann angenommen werden, dass Personen, die alleine in einem Haushalt wohnen, selbst mehr aktiv werden müssen, um Beziehungen aufzubauen, zu pflegen und genügend Unterstützung zu erhalten. Alleine wohnenden Frauen scheint es einfacher zu fallen, genügend Kontakte ausserhalb des eigenen Haushalts zu pflegen.

Innerhalb der Schweiz zeigen sich grosse regionale Unterschiede in der Verbreitung der Haushaltsstrukturen, wie in Abbildung 3.8 erkennbar wird. Den höchsten Anteil an Alleinlebenden findet man in den urbanen Zentren der Schweiz wie Bern, Basel, Zürich oder Lausanne¹¹. Dort lebt jede zweite Person alleine in einem Haushalt. Entsprechend hoch ist der Anteil der Alleinwohnenden im Stadtkanton Basel. Einen besonders tiefen Anteil an Einpersonenhaushalten findet man in den ländlichen Kantonen der Innerschweiz.

Wie haben sich die sozialen Netze in den letzten 10 bis 15 Jahren verändert?

Um die Veränderungen in den sozialen Netzen der letzten 10 bis 15 Jahre analysieren zu können, stehen zwei Datenquellen zur Verfügung: Die Schweizerische Gesundheitsbefragung mit dem Indikator der Vertrauensbeziehung im Vergleich von 1992 und 2007; das Schweizer Haushaltspanel mit den Informationen zur Grösse der Unterstützungsnetze im Vergleich von 2000 und 2010.

Abbildung 3.9 Anteil der weiblichen Bevölkerung ab 15 Jahren ohne Vertrauensperson nach Alter, 1992 und 2007



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung¹²⁾

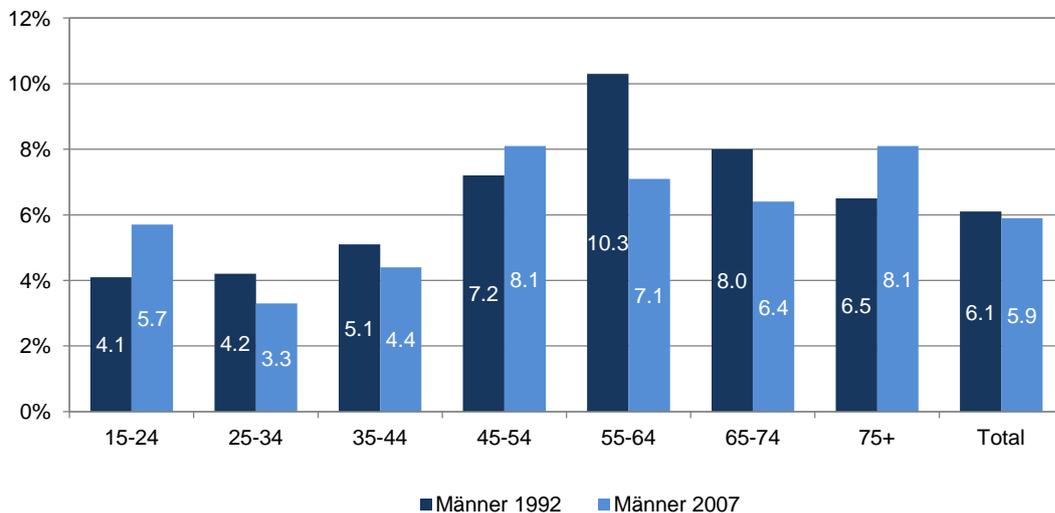
© Obsan 2014

Zunächst gehen wir auf das Fehlen von Vertrauensbeziehungen ein. Insgesamt ist der Anteil der Personen, die angaben, ohne eine Vertrauensperson auskommen zu müssen, in den letzten 15 Jahren leicht gesunken von 6,0 Prozent im Jahr 1992 auf 4,4 Prozent im Jahr 2007. Diese Abnahme hat vor allem mit einer Veränderung bei den Frauen in der zweiten Lebenshälfte zu tun: Erfreulicherweise scheinen heute mehr Frauen in der Altersgruppe der 45- bis 74-Jährigen mindestens eine nahestehende Bezugsperson zu kennen, mit der sie Sorgen und Freuden teilen können.

¹² Für die Interpretation dieses Ergebnisses ist es wichtig zu beachten, dass es sich nicht um Längsschnittdaten handelt, in denen die gleichen Personen wiederholt befragt wurden, sondern um den Vergleich von repräsentativen Stichproben zu verschiedenen Zeitpunkten.

Bei den Männern zeigt sich in diesem Zeitraum keine allgemeine Veränderung: Der Anteil der Personen ohne Vertrauensperson ist bei den jüngeren Männern heute etwas höher, bei den 55-64-jährigen Männern dafür etwas tiefer als vor 15 Jahren.

Abbildung 3.10 Anteil der männlichen Bevölkerung ab 15 Jahren ohne Vertrauensperson nach Alter, 1992 und 2007



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung¹³

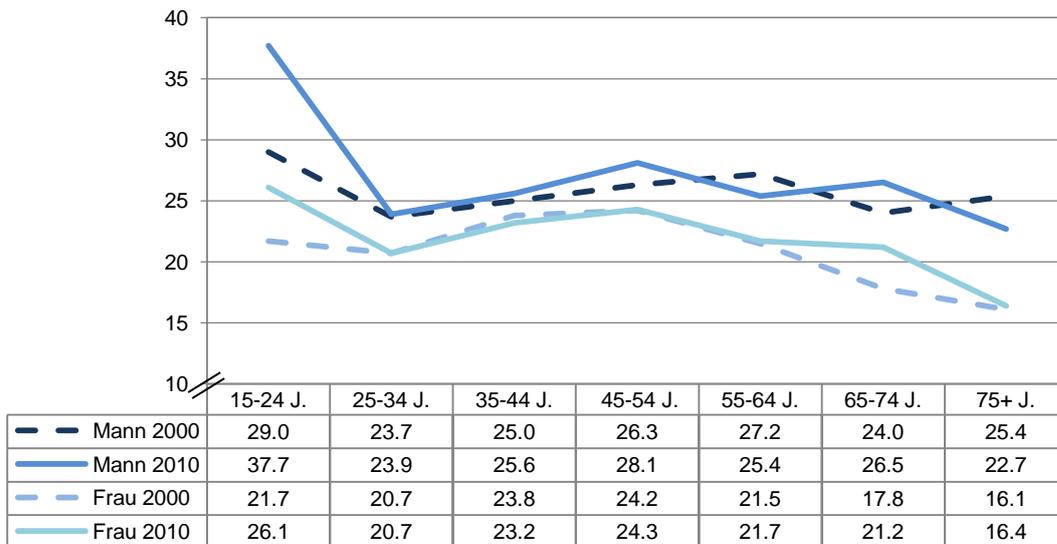
© Obsan 2014

«Generation Facebook?»

Als Zweites wurde mit den Daten des Schweizerischen Haushaltspanels untersucht, ob die Schweizer Bevölkerung heute die grösseren oder kleineren Netze an guten Freundinnen/Freunden, Bekannten, guten Kolleginnen/Kollegen und Nachbarinnen/Nachbarn haben als im Jahr 2000. Bei diesem Vergleich (Abbildung 3.11) fällt zunächst auf: Jugendliche und junge Erwachsenen haben heute ein deutlich grösseres soziales Netz, als dies vor zehn Jahren der Fall war. Vor allem bei den jungen Männern scheint sich in dieser Zeit etwas verändert zu haben: Ihr persönliches Netz, das im Jahr 2000 im Mittel noch 29 Personen umfasste, wies im Jahr 2010 knapp 38 Personen auf. Im Folgenden werden wir diese Veränderung detaillierter analysieren. Die zweite Veränderung, die geringer ausfällt, aber eine Beobachtung stützt, die wir bereits mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gemacht haben, ist die Aufrechterhaltung des sozialen Netzes bei Frauen zwischen 65 und 74 Jahren.

¹³ Bitte beachten Sie bei der Interpretation, dass es sich nicht um Längsschnittdaten handelt, in denen die gleichen Personen wiederholt befragt wurden, sondern um den Vergleich von repräsentativen Stichproben zu verschiedenen Zeitpunkten.

Abbildung 3.11 Mittelwerte der Grösse der sozialen Netze insgesamt nach Altersgruppen und Geschlecht 2000 und 2010



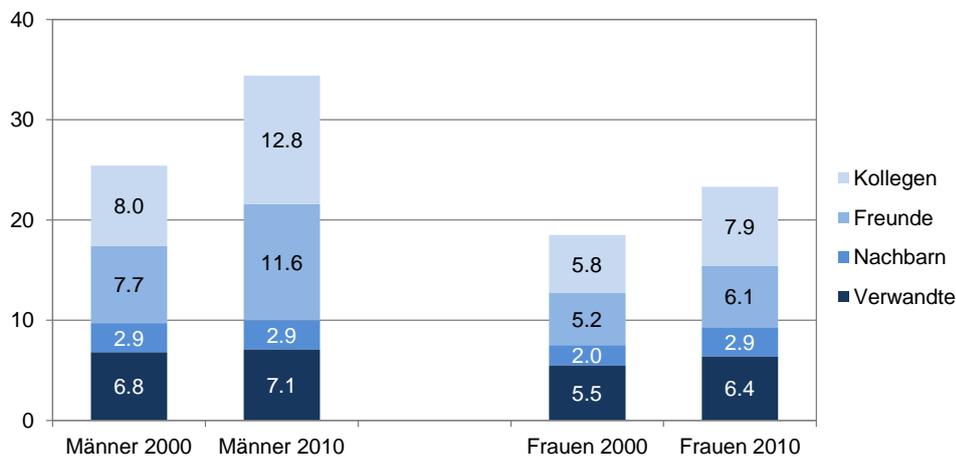
Quelle: SHP 2000 und 2010 – gewichtet mit Querschnittsgewichten

© Obsan 2014

In der folgenden Abbildung (3.12) sieht man, wie sich das soziale Netz der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammensetzt. Man kann erkennen, dass die Vergrößerung des sozialen Netzes in den letzten zehn Jahren auf Veränderungen in den Teilnetzen guter Freundinnen und Freunde sowie Bekannter zurückzuführen ist. Das Beziehungsnetz zu Nachbarinnen und Nachbarn sowie Verwandten hat sich hingegen kaum verändert. Bei der Suche nach möglichen Gründen für die starke Zunahme an Freundinnen und Freunden sowie Kolleginnen und Kollegen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen innerhalb der letzten zehn Jahre kommt man nicht umhin, sich mit dem Phänomen der «Social Media» auseinanderzusetzen.

Die Beziehungspflege der jüngeren Generation hat sich in kurzer Zeit stark verändert. Ein grosser Teil der Kontakte und des Austausches, der früher «face-to-face» stattfinden musste, wird heute über Online-Plattformen abgewickelt. Eine weitere Erklärung für die starke Zunahme an Freundinnen und Freunden, Kolleginnen und Kollegen in dieser Befragung könnte darin liegen, dass durch die Verwendung von Social Media eine Veränderung in der Terminologie erfolgte: Freundschaft, Freunde sein, «sich liken» und «sich freunden» haben möglicherweise heute eine andere Bedeutung bei der jüngeren Altersgruppe.

Abbildung 3.12: Mittelwerte der Grösse der sozialen Teil-Netze der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15 bis 24-Jährigen), 2000 und 2010



Quelle: SHP 2000 und 2010 – gewichtet mit Querschnittsgewichten

© Obsan 2014

Es würde den Rahmen dieses Berichts sprengen, die These zu untersuchen, ob die Ursache der starken Zunahme an Freundinnen und Freunden sowie Kolleginnen und Kollegen bei den männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen tatsächlich mit der Nutzung von Social Media zu erklären ist oder ob andere Erklärungen zutreffend sind. Da im Schweizerischen Haushaltspanel auch die Nutzung des Internets erhoben wurde, konnte immerhin untersucht werden, ob bei den jüngeren Altersgruppen ein Zusammenhang zwischen Internetnutzung und der Grösse des sozialen Netzes besteht.

Es zeigt sich tatsächlich ein signifikanter, wenn auch sehr schwacher Zusammenhang zwischen der Anzahl der «Freunde» und der Intensität der Internet-Nutzung in der Freizeit (Quelle: SHP, FORS, ungewichtete Daten 2010): Je mehr Minuten pro Tag eine 15- bis 24-jährige Person im Jahr 2010 in ihrer Freizeit das Internet gebrauchte, umso mehr «Freunde» wurden angegeben ($r=.055$; $p=.020$). Interessant ist, dass dieser Zusammenhang nur mit der Anzahl der «Freunde», nicht aber mit den anderen Teilnetzen (z.B. Verwandten, Nachbarschaft, Kolleginnen/Kollegen) besteht (Tabelle mit Korrelationsmatrix siehe Anhang). Der gefundene Zusammenhang darf nicht kausal interpretiert werden. Eine Studie, welche den Einfluss von Social Media auf die sozialen Ressourcen der jüngeren Generation in adäquater Weise untersucht, wäre unseres Ermessens wertvoll.

3.4 Kritische Lebensereignisse beeinflussen die Unterstützungsnetze

Soziale Ressourcen haben nachweislich einen positiven Effekt auf das psychische und physische Wohlbefinden und Gesundheit. Ausserdem wirken sich soziale Ressourcen auch positiv auf die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen aus. Es stellt sich umgekehrt die Frage, welchen Effekt kritische Lebensereignisse wie beispielsweise eine schwere Erkrankung auf das soziale Netz einer betroffenen Person haben. Im Schweizerischen Haushaltspanel wurden die Personen jedes Jahr gefragt, ob verschiedene kritische Lebensereignisse wie Erkrankung, Todesfall im nahen Umfeld, Verlust der Arbeitsstelle und Ähnliches eingetreten sind¹⁴. Da es sich um eine Längsschnittstudie handelt, kann mit diesen Daten untersucht werden, wie sich das soziale Netz von Personen, die von einem solchen Ereignis betroffen sind, im Vergleich vor und nach dem Ereignis entwickelt hat. Wir haben uns auf folgende drei Lebensereignisse konzentriert, welche im Zusammenhang mit gesundheitlichen Fragen von besonderem Interesse sind:

- Auftreten einer schwerwiegenden körperlichen Krankheit,
- Auftreten einer schwerwiegenden psychischen Krankheit,
- Erleiden eines Unfalls mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen.

Der folgende Zeitrahmen wurde für die Analyse festgelegt: Längsschnittdaten 2004 bis 2010, wobei die Lebensereignisse des Jahres 2005 berücksichtigt wurden. Zunächst wurde berechnet, wie hoch der Anteil an Personen ist, die im Jahr 2005 neu von einem dieser kritischen Lebensereignisse betroffen waren und dieses in der Folge bewältigen mussten¹⁵.

Tabelle 3.3 Anteil und Anzahl der Personen mit kritischen Lebensereignissen im Jahr 2005

	körperliche Erkrankung	psychische Erkrankung	Unfall
Betroffene Personen in Prozent	6.6%	0.5%	3.3%
Anzahl N	486	30	246

Quelle: SHP – Longitudinaldaten – gewichtet mit Longitudinalgewicht

© Obsan 2014

¹⁴ Die Frage lautete: «Haben Sie seit (Monat / Jahr) eine Krankheit, einen Unfall oder ein anderes schwerwichtiges gesundheitliches Problem gehabt?»

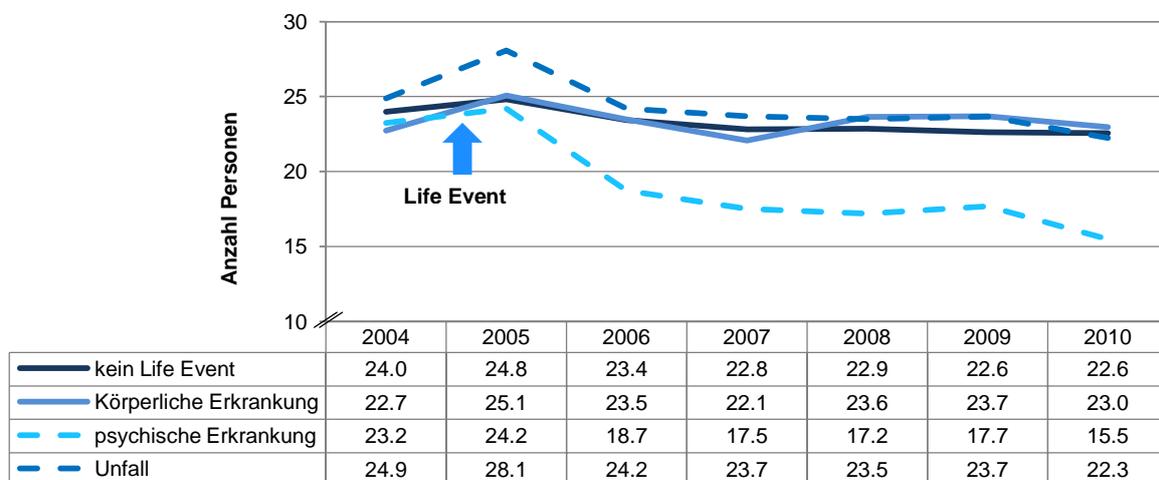
¹⁵ Bitte beachten Sie, dass der hier dargestellte prozentuale Anteil an Personen, die von einem solchen Ereignis betroffen sind, nicht mit der sogenannten «wahren» Inzidenzrate in der Bevölkerung verwechselt werden darf. Zum einen konnten bei dieser Befragung Personen, die über lange Zeit hospitalisiert werden mussten, nicht erfasst werden, zum anderen wird eine schwerwiegende gesundheitliche Belastung auch eher dazu führen, dass die Personen aus der Längsschnittstudie ausscheiden.

Es stellt sich die Frage, welche Wirkung solche kritischen Lebensereignisse auf die sozialen Ressourcen einer betroffenen Person haben. Führen schwerwiegende gesundheitliche Probleme dazu, dass das soziale Netz aktiviert wird und mehr Personen sich um den erkrankten Menschen kümmern? Oder ist es genau umgekehrt? Diese Frage hat auch Bedeutung im Zusammenhang mit der Überlegung, ob in kritischen Momenten professionelle Unterstützung als Kompensation für das persönliche Netzwerk notwendig ist (z.B. durch Haushaltshilfen oder Krankenpflege der SPITEX). Es wurden die Folgen von kritischen Lebensereignissen, die im Jahr 2005 neu auftraten, auf die darauffolgenden Jahre untersucht. Personen, die im Jahr 2004 ohne Lebensereignis waren und im Jahr 2005 eine der drei Krisen erlebten, dienten als Life Event-Gruppen; Personen, die weder im Jahr 2004 noch im Jahr 2005 ein kritisches Lebensereignis erlitten, stellten die Vergleichsgruppe dar (N=4372).

Die Ergebnisse (Abbildung 3.13) zeigen, dass kritische Lebensereignisse gesundheitlicher Art durchaus einen mobilisierenden Charakter aufweisen im Jahr des Ereignisses (2005) und zwar unabhängig von der Art des Leidens oder dessen Ursache. Kurzfristig steigt die Anzahl der Personen, zu denen die Betroffenen eine gute Beziehung haben und die bereit sind, sie in dieser Krise zu unterstützen. Dieser Effekt ist besonders stark ausgeprägt bei Personen, die einen Unfall erlitten haben oder körperlich erkrankt sind.

Im Folgejahr (2006) stellt sich dann bei den verunfallten oder körperlich erkrankten Personen wieder der 'Courant normal' ein. Bei den psychisch Erkrankten hingegen beginnt zu diesem Zeitpunkt ein deutlicher sozialer Rückzug respektive eine zunehmende Isolation. Ihr soziales Netz schrumpft in den folgenden fünf Jahren von einem Mittelwert von 23,2 Personen (Jahr vor der Erkrankung) auf einen Wert von 15,5 Personen.¹⁶

Abbildung 3.13 Mittelwert der Grösse der Unterstützungsnetze pro Personengruppe (mit / ohne bestimmtes kritisches Lebensereignis im Jahr 2005) in den Jahren 2004 bis 2010



Quelle: SHP – Longitudinaldaten – gewichtet mit Longitudinalgewicht

© Obsan 2014

Das Ergebnis weist unseres Erachtens auf die Notwendigkeit hin, das soziale Netz von psychisch erkrankten Personen in die therapeutische Intervention einzubeziehen und darauf hinzuwirken, dass diese für die Rehabilitation wie auch ganz allgemein für die Gesundheit der Betroffenen wichtige Ressource möglichst erhalten werden kann.

¹⁶ Diese Analyse wurde wegen der geringen Fallzahl mit einer Methode wiederholt, in der alle Personen, die im Verlauf der Jahre 2005 bis 2009 neu erkrankt sind zusammengefasst wurden. Diese Vorgehensweise hat den Vorteil, dass die Anzahl N pro Gruppe deutlich höher ist, aber auch den Nachteil, dass der beobachtete Zeitraum, in dem sich das soziale Netz verändern kann, unterschiedlich lang ist, je nachdem in welchem Jahr sich die Krise ereignet hat. Die so erhaltenen Ergebnisse (hier nicht dargestellt) replizieren die oben dargestellten Resultate: bei den von einer psychischen Erkrankung betroffenen Personen, reduziert sich das soziale Netz in den Folgejahren markant, was bei den anderen Gruppen in viel geringerem Ausmass zu beobachten ist.

3.5 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde die Grösse und Zusammensetzung der sozialen Netze der Schweizer Wohnbevölkerung dargestellt. Die wichtigsten verwendeten Datenquellen sind: Schweizerische Gesundheitsbefragung, Schweizer Haushaltspanel sowie die Volkszählung.

Die typische Grösse des sozialen Netzes umfasste im Jahr 2010 19 Personen, davon 2 Personen des primären Netzes (Mitglieder des Haushalts sowie Lebenspartnerin/Lebenspartner, falls sie oder er in einem anderen Haushalt lebt), 10 Personen des nahen Netzes an befreundeten Menschen und Verwandten und 7 Personen des peripheren Netzes (Kolleginnen/Kollegen und Bekannte sowie Nachbarinnen/Nachbarn). Männer haben ein grösseres soziales Netz. Mit zunehmendem Alter wird das soziale Netz markant kleiner. Es sind besonders die alten Frauen, welche in der Schweiz sozial isoliert leben: 63% der über 75-jährigen Frauen in Privathaushalten haben kein primäres Netz (das heisst, sie haben keinen Lebenspartner und wohnen alleine in einem Haushalt), bei den gleichaltrigen Männern beträgt dieser Anteil lediglich 16%.

Die Schweiz hat einen besonders hohen Anteil an Einpersonen-Haushalten zu verzeichnen, was einerseits dem Wohlstand und der hohen schulischen und beruflichen Qualifikation insbesondere der Frauen zuzurechnen ist, andererseits auch das zunehmende Bedürfnis nach Individualität und Autonomie, Verzicht auf Elternschaft und die hohe Scheidungsrate widerspiegelt.

Der Vergleich der Struktur der sozialen Netze der Schweizer Bevölkerung in den letzten 10 bis 15 Jahren zeigt: Insgesamt nimmt die Grösse des sozialen Netzes zu wie auch der Anteil an Personen, die sich auf eine Vertrauensbeziehung stützen können. Es sind insbesondere die Frauen ab 45 Jahren, die heute mehr als vor 15 Jahren über diese wichtige Ressource verfügen. Die aussergewöhnlich starke Zunahme im sozialen Netz bei den jungen Männern erweist sich als eine Zunahme an Freundinnen und Freunden sowie Bekannten. Inwiefern diese Vermehrung der Freundschaften mit der Nutzung von Social Media zu tun hat, ist im Rahmen dieser Studie nicht klar zu beantworten.

Schwere gesundheitliche Krisen (Erkrankungen und Unfälle) vermögen kurzfristig das soziale Netz zu mobilisieren. Im Fall von körperlichen Erkrankungen und Unfällen stellt sich im Jahr nach der Krise wieder der Normalfall ein, das heisst das soziale Netz nimmt wieder die Grösse an, die es vor dem kritischen Ereignis hatte. Bei den Personen, die von einer psychischen Störung betroffen waren, setzt danach ein – über die fünf Beobachtungsjahre – verlaufender Schwund des sozialen Netzes ein.

4 Soziale Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung: soziale Unterstützung

4.1 Einleitung

In diesem Kapitel liegt das Augenmerk nicht mehr auf der Struktur, sondern auf der Funktion sozialer Ressourcen wie dem Austausch von Informationen, Wertschätzung, praktischer Hilfe, Beistand und Trost.

Tabelle 4.1 Informationen zu den verwendeten Daten, Variablen und Konstrukten in Kapitel 4

Bei der Erhebung des **Schweizer Haushaltspanels (SHP, FORS)** handelt sich um eine jährlich wiederholte Panelstudie (Längsschnittstudie), die eine repräsentative Zufallsstichprobe von Haushalten in der Schweiz begleitet und deren Mitglieder interviewt. In der Erhebung des Jahres 2000 nahmen N= 7071 Personen teil, im Jahr 2010 betrug die Stichprobe N= 7546 Personen.

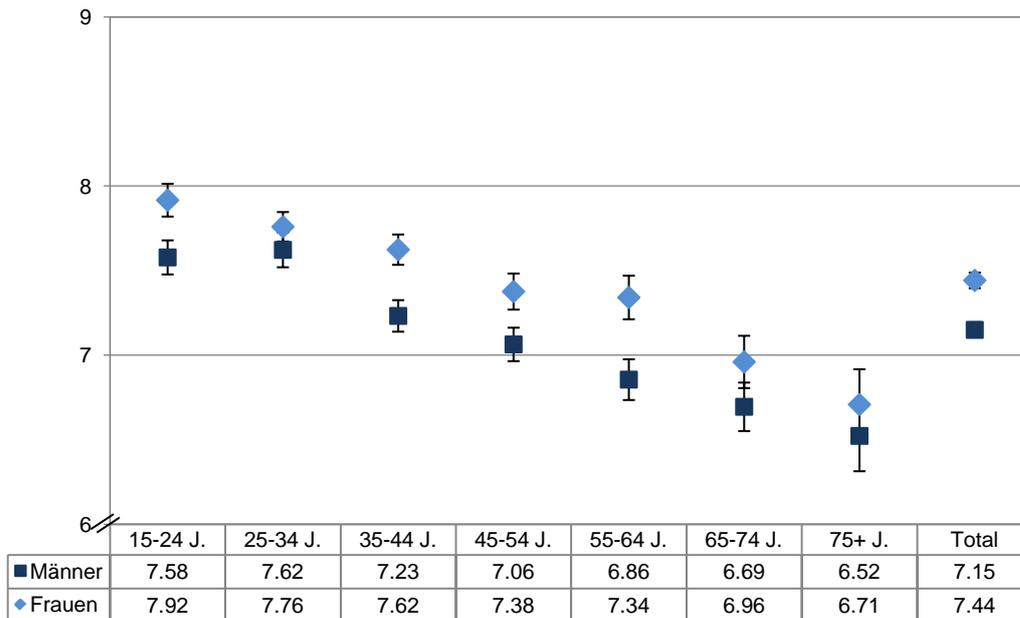
Variablen und Konstrukte	Frage	Antwortmöglichkeiten
Erwartete Unterstützung - praktisch	Falls Sie es nötig hätten, was glauben Sie: Wie viel können Ihnen ... Partner / Verwandte / Freunde / Nachbarn / Kollegen ... helfen, d.h. mit konkreter Hilfe oder Ratschlägen und Tipps?	11-stufige Skala von 0=gar nicht bis 10=sehr viel
Erwartete Unterstützung - emotionell	Und wie weit sind ... Partner / Verwandte / Freunde / Nachbarn / Kollegen ... für Sie da, wenn das nötig wäre, zum Beispiel mit Verständnis und Zeit zum Reden?	11-stufige Skala von 0=überhaupt keine Unterstützung bis 10=sehr viel Unterstützung
Erwartete Unterstützung insgesamt (konstruiert)	Mittelwert aller Variablen der erwarteten praktischen und emotionalen Unterstützung	

Die **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB, BFS)** wird seit 1992 regelmässig alle fünf Jahre erhoben. An der in diesem Kapitel verwendeten Erhebung des Jahres 2007 nahmen N=18'760 Personen teil.

Variablen und Konstrukte	Frage	Antwortmöglichkeiten
Erhaltene Unterstützung bei Bettlägerigkeit	Falls Sie Gesellschaft suchen, Hilfe oder eine andere Form der Unterstützung brauchen, inwiefern steht Ihnen bei Bedarf eine Person zur Seite, die Ihnen helfen kommt, falls Sie das Bett hüten müssen?	1=Nie 2=Selten 3=Manchmal 4=Meistens 5=Immer
Erhaltene Unterstützung: Zuhören	... Ihnen zuhört, falls Sie sich aussprechen möchten?	Siehe oben
Erhaltene Unterstützung: Hilfe bei Krisen	... Ihnen in Krisensituationen zur Seite steht?	Siehe oben
Erhaltene Unterstützung: Wertschätzung	... Sie gern hat und Ihnen das Gefühl gibt, geschätzt zu sein?	Siehe oben
Erhaltene Unterstützung: in den Arm nehmen	... Sie in den Arm nimmt?	Siehe oben
Erhaltene Unterstützung (konstruiert)	Mittelwert aller Variablen	

4.2 Erwartete Unterstützung

Die Teilnehmenden am Schweizer Haushaltspanel wurden gebeten anzugeben, wie gross die potenzielle praktische Unterstützung und emotionelle Unterstützung sei, die sie bei Bedarf von den verschiedenen Teilnetzen (Lebenspartner/in, Verwandten, Freunden/Freundinnen, Nachbarn/Nachbarninnen, Kollegen/Kolleginnen) erhalten könnten.

Abbildung 4.1 Mittelwert und Vertrauensintervall (95%) der erwarteten Unterstützung insgesamt nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2010, Skala von 0–10¹⁷

Quelle: SHP – FORS 2010

© Obsan 2014

In Abbildung 4.1 wird zunächst dargestellt, wie hoch diese Erwartung über alle Teilnetze hinweg bei Männern und Frauen in verschiedenen Altersgruppen ist. Die Erwartung, wann immer notwendig Unterstützung von seinem sozialen Umfeld zu erhalten, nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Die Verringerung der Erwartung, im Bedarfsfall Hilfe zu erhalten, widerspiegelt die im letzten Kapitel dargestellte Abnahme des sozialen Netzes im Verlauf der Lebensspanne. Frauen erwarten in allen Altersgruppen insgesamt mehr Unterstützung als Männer.

Die Lebenspartnerin ist für die Männer von besonderer Bedeutung

In einem zweiten Schritt wurde die erwartete Art der Unterstützung getrennt für die verschiedenen Teilnetze resp. Quellen der Unterstützung betrachtet (Beispiel: praktische Unterstützung, die man von seinen Nachbarinnen und Nachbarn zu erhalten erwartet). In Tabelle 4.2 finden Sie den Mittelwert der erwarteten Unterstützung nach Unterstützungsquelle getrennt für Männer und Frauen dargestellt. Gut erkennbar sind die unterschiedlichen Bedeutungen der Teilnetze: Nach dem Lebenspartner bzw. der Lebenspartnerin an erster Stelle kommt das nahe Netz mit befreundeten Personen sowie Verwandten und schliesslich das periphere Netz mit Arbeits- oder Vereinskolleginnen und -kollegen sowie Nachbarinnen oder Nachbarn. Die Lebenspartnerin resp. der Lebenspartner spielt sowohl bei der praktischen wie bei der emotionalen Unterstützung eine herausragende Rolle. Dies trifft in besonderem Ausmass für die Männer zu. Dieses Resultat steht im Einklang mit Ergebnissen aus verschiedenen internationalen Studien über die unterschiedliche Bedeutung der Ehegattin/des Ehegatten oder der Lebenspartnerin/des Lebenspartners als Unterstützungsquelle für Männer und Frauen (vergleiche dazu Kapitel 1.5).

¹⁷ Die Variablen zur Erhebung der erwarteten Unterstützung umfassen die Antwortmöglichkeiten 0 bis 10. Aus Gründen der Anschaulichkeit wurde in dieser Grafik die Skala lediglich von 6 bis 9 dargestellt.

Tabelle 4.2 Mittelwert und Vertrauensintervall (95%) der erwarteten praktischen und emotionalen Unterstützung nach Unterstützungsquelle und Geschlecht, Skala von 0–10

	Männer				Frauen			
	praktisch	CI 95%	emotional	CI 95%	praktisch	CI 95%	emotional	CI 95%
Partner/in	8.50	0.09	9.00	0.07	8.50	0.10	8.50	0.09
Verwandte	7.00	0.11	7.80	0.09	7.40	0.11	8.20	0.09
Freunde/Freundinnen	7.06	0.09	7.50	0.09	7.50	0.09	8.20	0.08
Nachbarn/Nachbarinnen	5.80	0.10	6.00	0.11	6.30	0.11	6.50	0.10
Kollegen/Kolleginnen	5.70	0.10	6.00	0.10	6.04	0.11	6.50	0.10

Quelle: SHP – FORS 2010

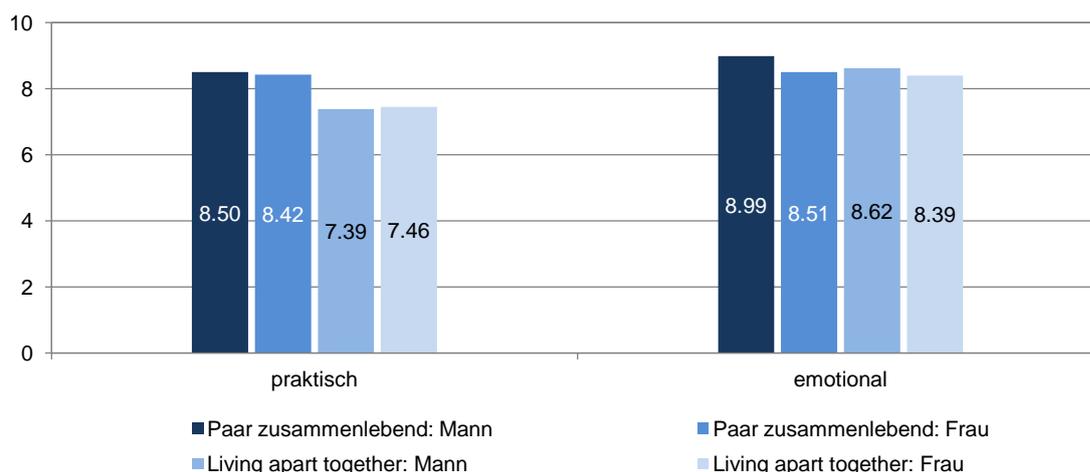
© Obsan 2014

Wir interpretieren diese Ergebnisse dahin gehend, dass Männer in etwas stärkerem Ausmass von einer Ehefrau resp. Lebenspartnerin abhängig sind und auch von ihr profitieren, als dies umgekehrt der Fall ist. Bei den Frauen verteilt sich das emotionale «Unterstützungspotenzial» gleichmässiger auf verschiedene Personen im sozialen Netz und auf die verschiedenen Teilnetze. Möglicherweise leiden sie deshalb weniger unter dem Wegfall eines Lebenspartners (Trennung, Tod), was die soziale Unterstützung angeht.

«Living apart together» bedeutet weniger praktische, aber gleichviel emotionale Unterstützung

Hat die Frage, ob man mit seinem Lebenspartner zusammen oder getrennt wohnt, einen Einfluss auf die praktische und emotionale Unterstützung? Es zeigt sich, dass die Wohnsituation vor allem einen Einfluss auf die praktische Unterstützung hat, was plausibel erscheint. Bei einer mehr oder weniger grossen räumlichen Trennung ist es viel aufwändiger oder unmöglich, der Partnerin bzw. dem Partner bei Alltagsproblemen oder beispielsweise im Falle einer Bettlägerigkeit zur Hand zu gehen.

Bei dieser Analyse (Abbildung 4.3) wurden ausschliesslich Personen berücksichtigt, die eine Lebenspartnerin, bzw. einen Lebenspartner haben. Sie wohnen entweder alleine (Einpersonen-Haushalt) oder zusammen mit dieser Person (Mehrpersonen-Haushalt)¹⁸.

Abbildung 4.2 Erwartete praktische und emotionale Unterstützung durch den Lebenspartner abhängig von der Wohnsituation. Mehrpersonenhaushalt versus Einpersonenhaushalt, Skala von 0–10

Quelle: SHP 2010 – gewichtete Daten; ausschliesslich Personen mit Lebenspartner, N= 5461

© Obsan 2014

¹⁸ Wir gehen hier davon aus, dass diejenigen Personen mit Lebenspartner, die in einem Mehrpersonenhaushalt leben, tatsächlich mit ihrem Partner zusammen wohnen, was nicht in allen Fällen zutreffen wird.

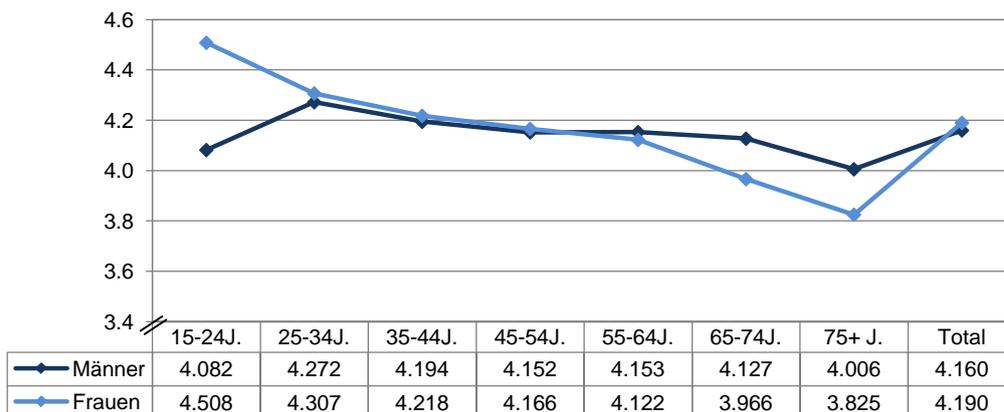
Zunahme der erwarteten Unterstützung in den letzten 10 Jahren

Die erwartete Unterstützung insgesamt (praktisch und emotional) stieg von 2000 bis 2010 leicht an, und zwar bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen. Überdurchschnittlich zugelegt haben auch bei diesem Indikator Frauen in der zweiten Lebenshälfte (hier ab 55 Jahren). Die stärkste Veränderung verzeichnete dabei die älteste Frauengruppe ab 75 Jahren mit einer Zunahme von 6,0 auf 6,7 Punktwerte. Betrachtet man die erwartete Unterstützung differenziert nach den Quellen, so scheint die Nachbarschaft als Unterstützungsquelle an Bedeutung zu verlieren. Von ihr wird als einziger Gruppe weniger Unterstützung erwartet als noch zehn Jahre zuvor. Eine Tabelle mit dem Vergleich der erwarteten Unterstützung in den Jahren 2000 und 2010 finden Sie im Anhang.

4.3 Erhaltene Unterstützung

Im Folgenden wenden wir uns dem zweiten Aspekt der sozialen Unterstützung zu: der Beurteilung der tatsächlich erhaltenen Unterstützung. Diese wurde in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erhoben, indem gefragt wurde, ob jemand Unterstützung leistet, falls man das Bett hüten muss (1=nie bis 5=immer); ob jemand zuhört, falls man sich aussprechen möchte (1=nie bis 5=immer); ob einem jemand in Krisensituationen zur Seite steht (1=nie bis 5=immer); ob jemand die befragte Person gern hat und ihr das Gefühl gibt, geschätzt zu werden (1=nie bis 5=immer); ob jemand die befragte Person in den Arm nimmt (1=nie bis 5=immer).

Abbildung 4.3 Mittelwert der erhaltenen Unterstützung insgesamt¹⁹ nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2007 (Skala von 1–5)



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – gewichtete Querschnittsdaten © Obsan 2014

Bei den Frauen zeigt sich ein deutlicher Alterseffekt: je älter die Frauen, umso weniger Unterstützung erhalten sie im Bedarfsfall. Ältere und betagte Frauen sind auch heute noch diejenige soziale Gruppe, die im Bedarfsfall – gemessen an ihren Bedürfnissen – am wenigsten Unterstützung erhalten.

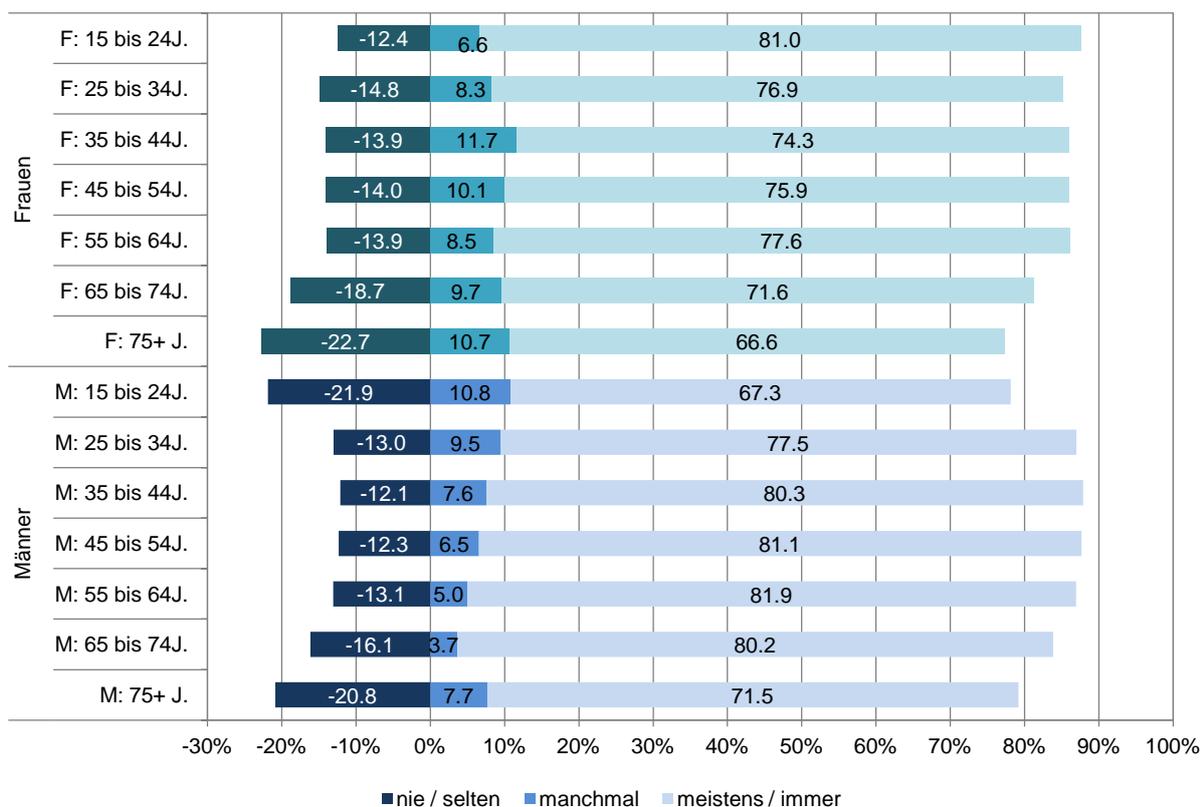
Bei den Männern zeigt sich ein anderes Bild: Der Alterseffekt ist hier nicht linear. Am besten unterstützt werden die Männer zwischen 25 und 75 Jahren. Sowohl bei den jüngeren wie bei den älteren Männern liegt die erhaltene Unterstützung tiefer. Vor allem der Unterschied in der erhaltenen Unterstützung zwischen den jungen Frauen und Männern fällt auf. Junge Männer erwarten zwar in etwa gleichem Masse, im Bedarfsfall Unterstützung zu erhalten, aber bei der Frage nach der konkret erhaltenen Hilfe geben sie an, deutlich weniger Unterstützung zu erhalten als die gleichaltrigen Frauen.

Dieses Ergebnis könnte darauf hinweisen, dass junge Männer im Bedarfsfall tatsächlich mehr Mühe haben, zu der benötigten Hilfe zu kommen, was mit persönlichen Merkmalen (z.B. Schwierigkeit, um

¹⁹ Indikator berechnet aus dem Mittelwert der fünf Variablen zur erhaltenen Unterstützung.

Hilfe zu bitten, geringere soziale Kompetenz), aber auch der Reaktion des sozialen Umfelds zu tun haben mag. In diesen Unterschieden zwischen jungen Männern und Frauen spiegeln sich möglicherweise die herrschenden Stereotypen der Geschlechterrollen in unserer Gesellschaft, die von Männern eher Autonomie als zentrales Persönlichkeitsmerkmal, von Frauen wiederum eher Empathie verlangen. Betrachtet man in einem zweiten Schritt die einzelnen Unterstützungsarten getrennt voneinander, also Hilfe bei Bettlägerigkeit, Zuhören, Wertschätzung, etc., dann zeigt sich, dass die jungen Männer zwischen 15 und 24 Jahren in all diesen Unterstützungsarten signifikant schlechter abschneiden als die jungen Frauen. Diese Unterschiede nach Alter und Geschlecht werden in der Abbildung 4.5 exemplarisch für die Unterstützung im Fall einer Bettlägerigkeit dargestellt. Die Ergebnisse sämtlicher Mittelwertsvergleiche finden Sie im Anhang.

Abbildung 4.4 Anteil Personen nach Geschlecht und Altersgruppe, die im Fall einer Bettlägerigkeit nie oder selten, manchmal, meistens oder immer Hilfe bekommen



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – gewichtete Querschnittsdaten

© Obsan 2014

Ob junge Männer mehr Mühe haben, sich im Bedarfsfall Hilfe zu organisieren resp. darum zu bitten oder ob ihre soziale Umwelt weniger bereit ist, auf ihre Bedürfnisse zu reagieren, kann hier nicht beantwortet werden. Die Resultate weisen aber darauf hin, dass der in den letzten zehn Jahren erfolgte starke Zuwachs an Freundschaften im sozialen Netz der jungen Männer nichts daran ändert, dass sie deutlich weniger soziale Unterstützung erhalten als die jungen Frauen.

Alter, sozio-ökonomischer Status, Migration und Haushaltstyp als wichtige Determinanten

Im Folgenden stellen wir die Ergebnisse einer multivariaten Analyse vor, die zum Ziel hat zu untersuchen, welche Faktoren das Ausmass der erhaltenen Unterstützung unabhängig voneinander beeinflussen. Zu diesem Zweck wurde eine multiple Regression durchgeführt, wobei die abhängige Variable (erhaltene Unterstützung) kontinuierlich, die unabhängigen Variablen teils kontinuierlich, teils dichotom (d.h. mit lediglich zwei Ausprägungen) verteilt sind.

Nominalskalierte Daten wie beispielsweise die Haushaltsstruktur wurden als Dummy-Variablen mit je einer Referenzgruppe in das Modell einbezogen, wobei aus methodischen Gründen jeweils die zahlenmässig grösste Gruppe zur Referenzgruppe bestimmt wurde. Da es sich um eine analytische Frage handelt, bei der die Repräsentativität der Stichprobe nicht im Vordergrund steht, wurden ungewichtete Daten verwendet. Die unabhängigen Variablen wurden gleichzeitig in das Modell integriert. Folgende Aspekte wurden in diesem Modell als unabhängige Variablen berücksichtigt: Alter, Schulbildung und Erwerbssituation als Indikatoren für die sozio-ökonomische Lage; der Haushaltstyp und schliesslich die Kontrollüberzeugung als wichtige personale Ressource.

Für Geschlecht, Schulabschluss, Erwerbssituation und Haushaltstyp wurde jeweils berechnet, ob sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Ausprägung der unabhängigen Variable und der definierten Referenzgruppe ergibt. Möchte man bei einer multiplen Regression die Stärke der Erklärungsbeiträge der einzelnen unabhängigen Variablen miteinander vergleichen, dann ist es sinnvoll, die standardisierten Regressionskoeffizienten (standardisierte Beta-Koeffizienten) zu betrachten. Um diese zu berechnen, werden die Mittelwerte und die Varianz der unabhängigen Variablen standardisiert (Mittelwert=0; Varianz=1). Die Beta-Werte lassen sich demzufolge hier so interpretieren: je höher der Beta-Wert (unabhängig von positivem oder negativem Vorzeichen), umso wichtiger ist diese Variable zur Erklärung der erhaltenen sozialen Unterstützung.

Es zeigen sich folgende signifikanten Zusammenhänge zwischen den unabhängigen Variablen und der erhaltenen Unterstützung: Männer erhalten unabhängig von Alter, Schulbildung, etc. weniger Unterstützung als Frauen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Unterstützung deutlich ab. Bei den Variablen zum sozio-ökonomischen Status zeigt sich der aus der Literatur bekannte soziale Gradient: Personen mit geringer Schulbildung (Abschluss auf Primärstufe) erhalten weniger Unterstützung als die Referenzgruppe mit Abschluss auf Sekundärstufe und diese wiederum weniger Unterstützung als die Personen mit der höchsten Schulbildung (Abschluss auf Tertiärstufe). Ob man Vollzeit oder Teilzeit erwerbstätig ist, spielt hingegen keine Rolle. Wer aber nicht erwerbstätig ist – hier eingeschlossen sind auch Personen, die aus Alters- oder familiären Gründen nicht erwerbstätig sind – erhält weniger Unterstützung. Ausländerinnen und Ausländer erhalten ebenfalls signifikant weniger Unterstützung als Personen mit Schweizer Nationalität.

Wer erwartet, sein Leben selbst beeinflussen und kontrollieren zu können, erhält mehr Unterstützung. Diese personale Ressource steht also in engem Zusammenhang mit den sozialen Ressourcen. Personen, die alleine wohnen, Alleinerziehende und Paare mit Kindern erhalten weniger Unterstützung als die Referenzgruppe der Paare ohne Kinder. Beim Vergleich der Beta-Koeffizienten fällt auf, dass der Umstand, dass jemand alleine wohnt, den stärksten Zusammenhang mit der erhaltenen Unterstützung überhaupt aufweist, und zwar unabhängig von Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischem Status und personellen Ressourcen.

Tabelle 4.3 Multiple lineare Regression²⁰ zur Erklärung der erhaltenen Unterstützung mit den unabhängigen Variablen: Geschlecht, Alter, Schulabschluss, Erwerbssituation, Nationalität, Kontrollüberzeugung und Haushaltstyp

	Regressions-Koeffizient B	Standard-fehler	Standard. Koeff. Beta	Sign. ²¹
Geschlecht: Referenz Mann				
Geschlecht: Frau	0.162	0.017	0.088	***
Alter (zentriert am Mittelwert)				
Alter (zentriert am Mittelwert)	-0.007	0.001	- 0.130	***
Schulabschluss: Referenz Sekundär				
Schulabschluss: Primär	-0.205	0.026	- 0.067	***
Schulabschluss: Tertiär	0.102	0.017	0.050	***
Erwerbstätigkeit: Referenz Vollzeit				
Erwerbstätigkeit: Teilzeit	-0.037	0.021	- 0.017	
Erwerbstätigkeit: keine	-0.112	0.021	- 0.058	***
Nationalität: CH				
Nationalität: CH	0.169	0.025	0.056	***
Kontrollüberzeugung				
Kontrollüberzeugung	0.264	0.010	0.216	***
Haushalt: Referenz Paar ohne Kind				
Haushalt: Einpersonen-Haushalt	-0.496	0.020	- 0.241	***
Haushalt: Paar mit Kind(ern)	-0.169	0.021	- 0.087	***
Haushalt: Alleinerziehende	-0.495	0.041	- 0.105	***
Haushalt: andere	-0.291	0.051	- 0.050	***

Modell: R= .374; R² = .140, F= 173.6; Sig.: p < .000

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – ungewichtete Daten

© Obsan 2014

Lesebeispiel: Im Vergleich zu der Referenzgruppe der Männer erhalten die Frauen signifikant mehr Unterstützung (Standard. Koeff. Beta ist positiv) unabhängig von ihrem Alter, der Schulbildung, der Erwerbssituation, der Ausprägung ihrer Kontrollüberzeugung und ihres Haushaltstyps.

Ältere Frauen und alleine wohnende Männer: Geschlechterunterschiede bei den Determinanten

Aufgrund von Erkenntnissen aus der Literatur und unseren eigenen bisherigen Ergebnissen zu Geschlechterunterschieden haben wir in einem zweiten Schritt untersucht, ob sich die Determinanten zur Erklärung der erhaltenen Unterstützung zwischen Frauen und Männern unterscheiden. Zu diesem Zweck wurden mit dem selben Modell wie oben zwei multiple Regressionsmodelle für Männer und Frauen getrennt berechnet. Die Tabellen mit den Ergebnissen dieser zwei Modelle finden Sie im Anhang. Wir haben die wichtigsten Ergebnisse dieser Analysen in Abbildung 4.5 zusammengefasst. Dargestellt wurden dabei die standardisierten Beta-Koeffizienten, wobei lediglich diejenigen Balken mit ihrem Wert beschriftet sind, die einen signifikanten Effekt (p < .05) darstellen.

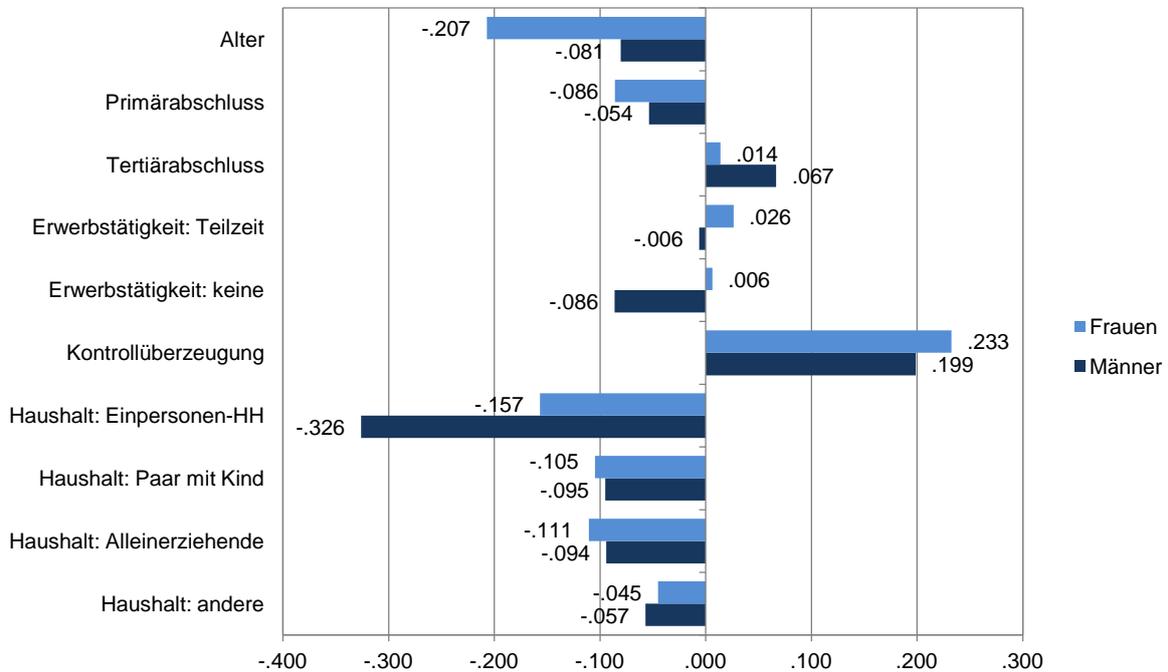
Unsere Ergebnisse zeigen, dass bestimmte Determinanten wie beispielsweise die Kontrollüberzeugung für beide Geschlechter die gleiche Bedeutung haben, andere Determinanten sich aber für Männer und Frauen unterschiedlich auswirken. Das Alter spielt beispielsweise für Frauen eine grössere Rolle als für Männer: je älter eine Frau, umso weniger Unterstützung erhält sie. Ein weiterer Unterschied besteht bei der Erwerbstätigkeit: keine Erwerbstätigkeit zu haben, ist (verglichen mit einer Vollzeit-Erwerbstätigkeit) ausschliesslich für Männer ein Risikofaktor bezüglich mangelnder Unterstützung. Ebenfalls auffällig ist das Ergebnis bezüglich des Einpersonen-Haushalts: Wer als Mann alleine wohnt, dessen Risiko wenig Unterstützung zu erhalten, ist deutlich höher als das Risiko einer alleine

²⁰ Durchgeführt mit SPSS, Version 20.0; Prozedur: Regression, Method= Enter (alle unabhängigen Variablen werden gleichzeitig in das Modell eingeschlossen)

²¹ *: p < .05; **: p < .01; *** p < .001

wohnenden Frau, verglichen mit der Referenzgruppe der Männer und Frauen in einem Paarhaushalt ohne Kinder.

Abbildung 4.5 Beta-Koeffizienten als Ausdruck der Stärke des Beitrags zur Erklärung der erhaltenen sozialen Unterstützung in einer multiplen Regression: Ergebnisse aus zwei getrennt berechneten Modellen für Männer und Frauen²²



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – ungewichtete Daten

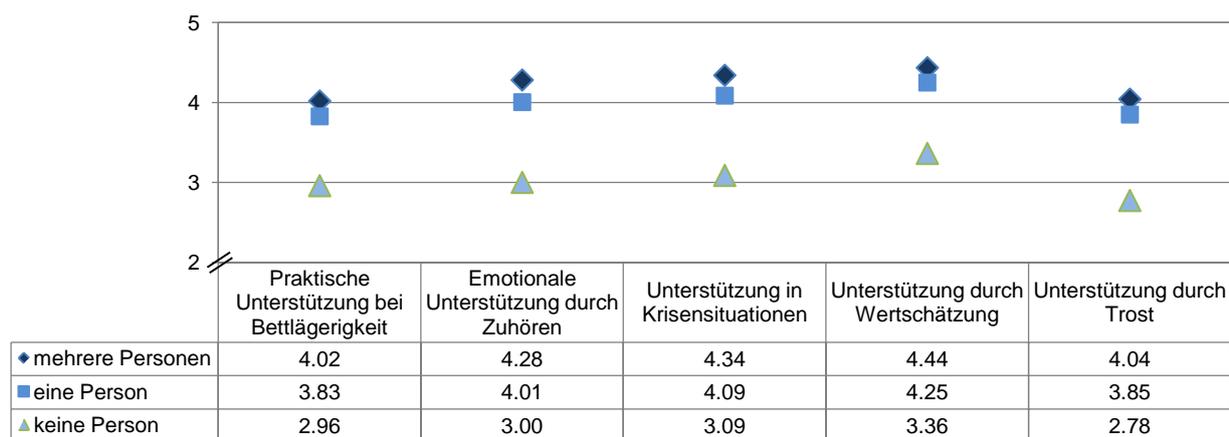
© Obsan 2014

Zusammenfassend lässt sich schliessen, dass ältere Frauen mit geringer Schulbildung und geringen personellen Ressourcen ein besonders grosses Risiko haben, wenig Unterstützung zu erhalten. Bei den Männern schmälert vor allem das alleine Wohnen die Chancen auf gute Unterstützung, eine gute Schulbildung und gute personelle Ressourcen wirken sich hingegen wie bei den Frauen förderlich aus.

Ohne Vertrauensbeziehung erhält man weniger Unterstützung.

Leider ist es nicht möglich, die in diesem Bericht vorgestellten Indikatoren zum sozialen Netz und dessen Teilnetzen mit der erhaltenen Unterstützung zu vergleichen, da die ersteren Variablen im Schweizer Haushaltspanel und die letzteren in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung enthalten sind. Innerhalb der Schweizerischen Gesundheitsbefragung kann aber das Vorhandensein von Vertrauensbeziehungen als wichtiges strukturelles Merkmal der sozialen Ressourcen mit dem Ausmass und der Art der erhaltenen Unterstützung in Bezug gesetzt werden.

²² Variablen mit signifikantem Beitrag ($p < 0.05$) wurden mit dem Wert des Beta-Koeffizienten beschriftet.

Abbildung 4.6 Mittelwert der verschiedenen Formen erhaltener Unterstützung abhängig von der Anzahl der vorhandenen Vertrauensbeziehungen

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – gewichtete Querschnittsdaten

© Obsan 2014

Wie man deutlich erkennen kann, erhalten Personen, die über keine Vertrauensbeziehung in ihrem sozialen Netz verfügen, deutlich weniger Unterstützung. Diese Differenz zeigt sich sowohl bei den praktischen wie auch den emotionalen Formen der Unterstützung. Der Unterschied zwischen der Existenz von einer oder mehreren Vertrauensbeziehungen erweist sich hier hingegen als weniger relevant.

4.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde die Stärke der Erwartung, unterstützt zu werden, und die tatsächlich erhaltene Unterstützung in der Schweizer Bevölkerung dargestellt. Sowohl die erwartete wie auch die erhaltene Unterstützung nimmt bei den Frauen im Verlauf der Lebensspanne kontinuierlich ab. Dieser Prozess verläuft parallel zur Verringerung der Grösse ihres sozialen Netzes. Ein grosser Anteil der über 75-jährigen Frauen in der Schweiz (62%) muss den Alltag ohne primäres soziales Netz bewältigen. Bei den Männern zeigt sich ein anderes Bild: Hier sind es vor allem die besonders jungen und die besonders alten Männer, die weniger Unterstützung erhalten. Wie in Kapitel 3 beschrieben verfügen junge Männer heute über eine deutlich grössere Anzahl an befreundeten Personen und Bekannten als noch vor zehn Jahren. Dieses Beziehungsnetz ist mithin deutlich grösser als dasjenige der gleichaltrigen Frauen. Es scheint aber, dass dieser Zuwachs an Freundschaften keinen Einfluss darauf hat, ob junge Männer Unterstützung erhalten, wenn sie diese tatsächlich benötigen.

Der grosse Unterschied zwischen den jungen Frauen und Männern kann möglicherweise mit dem Einfluss der Geschlechterrollen-Stereotypen erklärt werden. Für Männer stellt Autonomie ein zentrales Merkmal ihrer Geschlechterrolle dar. Für Frauen gilt dagegen Empathie als zentrales Merkmal einer weiblichen Identität. Die Lebenspartnerin hat für Männer eine besonders wichtige Rolle als Unterstützungsquelle. 'Living apart together', also in einer Partnerschaft zu leben, aber nicht zusammenzuwohnen, geht einher mit gleich guter emotionaler, aber geringerer praktischer Unterstützung. Insbesondere Männer haben Mühe, praktische und emotionale Unterstützung zu erhalten, wenn sie alleine wohnen.

Aus den Ergebnissen einer multivariaten Analyse zur erhaltenen sozialen Unterstützung lässt sich schliessen, dass neben Alter, Geschlecht und personalen Ressourcen (hier: Kontrollüberzeugung) auch Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Migrationshintergrund und der Haushaltstyp eine je unabhängige Rolle spielen. Es sind vor allem Personen mit tiefer Schulbildung, die nicht erwerbstätig sind und alleine wohnen oder alleinerziehend sind, die besonders geringe soziale Ressourcen aufweisen. Ausländerinnen und Ausländer haben unabhängig von ihrem sozio-ökonomischen Status ebenfalls ein höheres Risiko, mangelhaft unterstützt zu sein.

5 Soziale Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung: soziales Kapital

5.1 Einleitung

Das soziale Kapital umfasst Aspekte des sozialen Vertrauens wie auch der sozialen Einbindung des Individuums. In diesem Bericht analysieren wir die Verbreitung des sozialen Kapitals innerhalb der Schweizer Bevölkerung mit der Variable «Allgemeines Vertrauen in seine Mitmenschen» gemessen mit einer Skala von 0=«man kann nie vorsichtig genug sein» bis 10=«man kann den meisten Menschen vertrauen», die im Rahmen des Schweizer Haushaltspanels (SHP) erhoben wurde.

Tabelle 5.1 Die wichtigsten Informationen zu den verwendeten Daten, Variablen und Konstrukten im Kapitel 5

Die Erhebung des **Schweizer Haushaltspanels (SHP, FORS)** startete im Jahr 1999 mit einer Stichprobe von 5074 Haushalten beziehungsweise 12'931 Haushaltsmitgliedern. Das wichtigste Ziel des SHP ist die Beobachtung des sozialen Wandels und insbesondere der Lebensbedingungen der Bevölkerung in der Schweiz. Es handelt sich um eine jährlich wiederholte Panelstudie (Längsschnittstudie), die eine repräsentative Zufallsstichprobe von Haushalten in der Schweiz begleitet und deren Mitglieder interviewt. An der Erhebung 2010 haben N=7546 Personen, an der Erhebung des Jahres 2002 N=5691 Personen teilgenommen.

Variablen und Konstrukte	Frage	Antwortmöglichkeiten
Allgemeines soziales Vertrauen	Würden Sie sagen, dass man den meisten Menschen vertrauen kann, oder kann man im Umgang mit anderen Menschen nie vorsichtig genug sein?	11-stufige Skala mit 0=man kann nie vorsichtig genug sein 10=man kann den meisten Menschen vertrauen

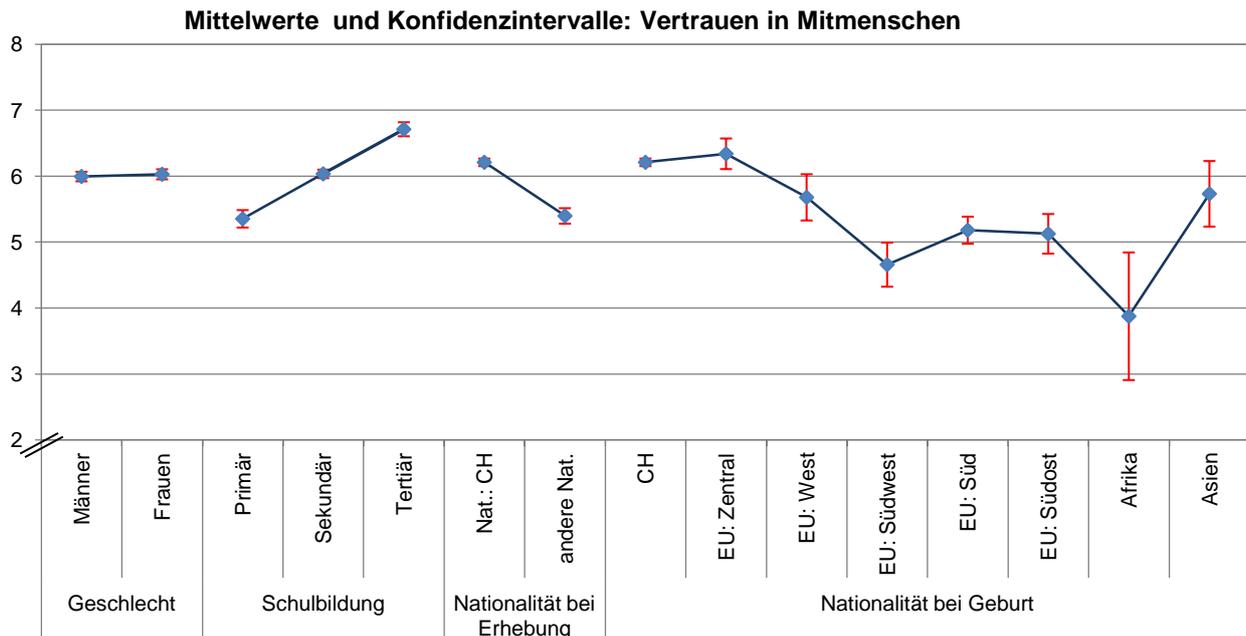
5.2 Soziales Vertrauen in der Schweizer Bevölkerung

In der Abbildung 5.1 finden Sie einen Vergleich der Höhe des sozialen Kapitals (gemessen am allgemeinen Vertrauen in die Mitmenschen) in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Dargestellt wurde der Mittelwert und das Vertrauensintervall (95%) des Mittelwerts. Neben Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischen Variablen wurden in diesem Kapitel auch verschiedene Aspekte der Migrationsgeschichte berücksichtigt, da diese im Zusammenhang mit dem sozialen Kapital von besonderem Interesse sind.

Tiefe Schulbildung und Immigration in die Schweiz sind mit geringerem Vertrauen in die Mitmenschen verbunden.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Stärke ihres Vertrauens in die Mitmenschen ($F=.394$; $p=.530$, $N=7338$). Je nach Altersgruppe werden hingegen Unterschiede im sozialen Kapital beobachtet, wobei sowohl die besonders jungen wie die alten Personen einen tieferen Wert aufweisen als die mittleren Altersgruppen ($F=9.848$; $p=.000$, $N=7338$).

Abbildung 5.1 Mittelwert des sozialen Kapitals nach Geschlecht, Schulbildung, Nationalität zum Zeitpunkt der Erhebung und Nationalität zur Zeit der Geburt, Skala von 0–10



Quelle: SHP – FORS 2010

© Obsan 2014

Legende (Nationen mit zahlenmässig überwiegendem Anteil in einer Gruppe wurden unterstrichen dargestellt):

EU-Zentral: Deutschland, Österreich, Ungarn, Slowakei, Tschechien; EU-West: Frankreich, Grossbritannien, Niederlande; EU-Südwest: Portugal, Spanien; EU-Süd: Italien, Türkei; EU-Südost: Serbien, Serbien-Montenegro, Kroatien, Slowenien, Bosnien-Herzegow., Montenegro, Mazedonien, Kosovo

Erhebliche Unterschiede bestehen in den Schweizer Bevölkerungsgruppen mit einer mehr oder weniger hohen Schulbildung: Wer maximal die Primarschule abgeschlossen hat, vertraut seinen Mitmenschen deutlich weniger als Personen mit Abschluss auf Sekundärstufe und nochmals mehr Vertrauen in die Mitmenschen haben Personen mit Abschluss auf Tertiärstufe ($F=83.491$; $p=.000$). Personen, die in die Schweiz migrieren oder deren Eltern in die Schweiz migriert sind, haben tendenziell ebenfalls ein weniger hohes Vertrauen in ihre Mitmenschen in der Schweiz. Personen, die zum Zeitpunkt ihrer Geburt ($F=20.75$; $p=.000$) wie auch Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung über keinen Schweizer Pass verfügten ($F=66.958$; $p=.000$), weisen ein signifikant tieferes soziales Kapital auf. Die Höhe des sozialen Kapitals unterscheidet sich signifikant je nach Herkunftsregion (resp. Nationalität zum Zeitpunkt der Geburt: $F=9.165$; $p=.000$).

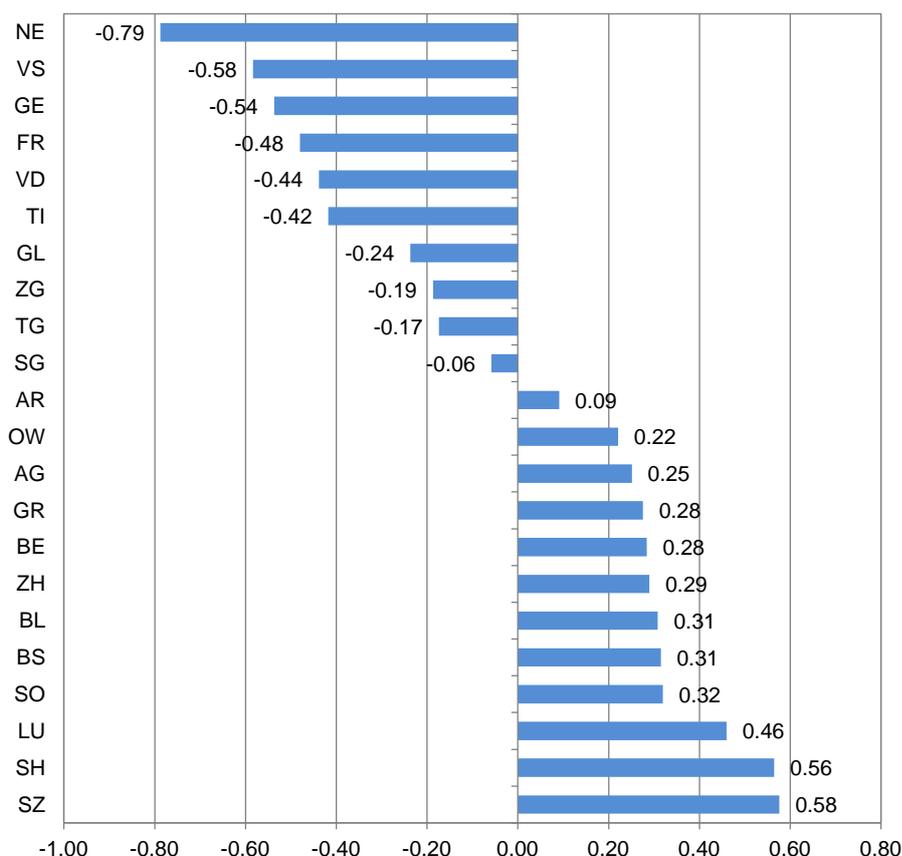
Migrantinnen und Migranten, die ursprünglich aus Zentraleuropa (es handelt sich vor allem um Personen aus Deutschland und Österreich) stammen, weisen ein gleich hohes soziales Kapital auf wie gebürtige Schweizerinnen und Schweizer. Alle anderen hier dargestellten Migrationsgruppen haben hingegen ein tieferes soziales Kapital als gebürtige Schweizerinnen und Schweizer²³.

5.3 Regionale Unterschiede im sozialen Kapital

Als Nächstes wurde untersucht, inwiefern sich die in der Literatur (z.B. Freitag, 2004) dargestellten Differenzen im sozialen Kapital je nach Wohnort innerhalb der Schweiz bestätigen lassen. Dazu wurde in einer Varianzanalyse getestet, ob sich die Wohnkantone im Ausmass des sozialen Kapitals ihrer Bewohnerinnen und Bewohner signifikant voneinander unterscheiden. Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Unterschied je nach Wohnkanton ($F=9.108$, $p=.000$; $N=7338$).

²³ Personen, deren Nationalität bei der Geburt folgenden Regionen entsprach, wurden aufgrund der geringen Fallzahl ($N<30$) nicht dargestellt: Nord-Europa; Ost-Europa; Latein-Amerika; Nord-Amerika; Ozeanien.

Abbildung 5.2 Differenz der Mittelwerte der einzelnen Kantone zum gesamtschweizerischen Mittelwert in der Stärke des allgemeinen Vertrauens in seine Mitmenschen (soziales Kapital) Skala von 0–10



Quelle: SHP – FORS 2010 – gewichtete Querschnittsdaten²⁴

© Obsan 2014

In der Abbildung 5.2 ist der Mittelwert des sozialen Kapitals pro Wohnkanton dargestellt, wobei der Anschaulichkeit halber jeweils der Differenzwert des kantonalen Mittelwerts zum gesamtschweizerischen Mittel berechnet wurde. Die fünf Kantone mit den tiefsten Werten im sozialen Vertrauen sind: Neuenburg, Wallis, Genf, Fribourg und Waadt gefolgt vom Kanton Tessin. Die höchsten Werte weisen die Kantone Schwyz, Schaffhausen, Luzern, Solothurn und Basel-Stadt auf. (Der Kanton Jura konnte aufgrund der geringen Stichprobenzahl nicht in diese Analyse einbezogen werden.) Damit bestätigt sich der von Freitag (2001 und 2004) beobachtete Unterschied zwischen den lateinischsprachigen und den deutschsprachigen Kantonen.

5.4 Das Vertrauen in die Mitmenschen ist heute höher als vor zehn Jahren

Zum Schluss gehen wir noch auf die Frage ein, ob sich das soziale Kapital in der Schweizer Wohnbevölkerung in den letzten Jahren verändert hat. Aufgrund der vorliegenden Daten²⁵ konnten wir diese Frage nur im Vergleich der Jahre 2002 und 2010 analysieren.

²⁴ Aufgrund der kleinen Fallzahlen ($N < 30$ in der ungewichteten Stichprobe) wurden folgende Kantone nicht dargestellt: AI, JU, NW und UR.

²⁵ Dieser Indikator wurde im SHP erst ab dem Jahr 2002 erhoben.

Tabelle 5.2 Vergleich der Mittelwerte im sozialen Kapital (allgemeines Vertrauen in Mitmenschen) 2002 und 2010, nach Geschlecht und Altersgruppen, Skala von 0–10

	2002	2010	Differenz
Männer	5.5	6.0	0.5
Frauen	5.3	6.0	0.7
15 bis 24 J.	5.4	5.8	0.4
25 bis 34 J.	5.2	5.7	0.5
35 bis 44 J.	5.4	6.0	0.6
45 bis 54 J.	5.6	6.3	0.7
55 bis 64 J.	5.6	6.1	0.5
65 bis 74 J.	5.3	6.1	0.8
75 Jahre und mehr	5.5	5.8	0.3
Insgesamt	5.4	6.0	0.6

Quelle: SHP 2002 und 2010 – gewichtet mit Querschnittsgewichten © Obsan 2014

Im Jahr 2010 hatte die Schweizer Wohnbevölkerung insgesamt ein höheres Vertrauen in seine Mitmenschen als 2002. Das so gemessene soziale Kapital ist erfreulicherweise in diesem Jahrzehnt gestiegen. Dieser Zuwachs zeigt sich ganz generell, also bei Männern und Frauen und auch in allen Altersgruppen. Leider wurde diese Variable vor dem Jahr 2002 noch nicht erhoben. Man kann deshalb nichts darüber aussagen, ob der beobachtete Anstieg im sozialen Vertrauen als positiver Trend über einen längeren Zeitraum zu interpretieren ist. Es gibt nur eine Studie, die Veränderungen über diesen Zeitraum im sozialen Vertrauen der Schweizer Bevölkerung untersucht hat. In dieser Studie von Freitag (2001) wurde aber leider eine Operationalisierung des Vertrauens in die Mitmenschen verwendet, die mit den Daten des SHP nicht direkt vergleichbar ist, da die Antwortmöglichkeiten nicht identisch sind²⁶. Gemäss dieser Studie sagten im Jahr 1989 43% der Schweizer Bevölkerung, dass man den meisten Menschen trauen könne, im Jahr 1996 reduzierte sich dieser Anteil leicht auf 41%.

5.5 Zusammenfassung

Im Kapitel 5 wurden verschiedene Aspekte der Stärke und Verteilung des sozialen Kapitals in der Schweizer Bevölkerung beschrieben. Analysiert wurde ein zentrales Konstrukt des sozialen Kapitals, das Vertrauen in die Mitmenschen.

In der Schweiz zeigt sich auch bei dieser Form der sozialen Ressourcen ein deutlicher sozialer Gradient: je höher die Schulbildung, umso stärker ausgeprägt ist das Vertrauen in die Mitmenschen. Wer bei der Geburt bereits über einen Schweizer Pass verfügt, hat ein höheres soziales Kapital als Ausländerinnen und Ausländer sowie Eingebürgerte. Dabei spielt die Herkunft der Eingewanderten eine bedeutsame Rolle: Personen, die aus Deutschland in die Schweiz migriert sind, haben im Durchschnitt ein höheres soziales Kapital als gebürtige Schweizerinnen und Schweizer. Alle andere Migrationsgruppen weisen dagegen ein tieferes soziales Kapital auf. Die Personen, die aus afrikanischen Staaten in die Schweiz migriert sind, weisen einen besonders tiefen Mittelwert im sozialen Vertrauen auf, aber auch eine vergleichsweise hohe Streuung der Werte.

Die Bevölkerung der Romandie und des Tessins weist ein tieferes soziales Kapital als ihre Mitbürgerinnen und Mitbürger aus der deutschsprachigen Schweiz auf.

Auch bei diesem Aspekt der sozialen Ressourcen, dem sozialen Kapital gemessen am Vertrauen in die Mitmenschen, konnte im Verlauf der letzten acht Jahre eine Zunahme beobachtet werden. Dies gilt sowohl für Männer wie Frauen und auch für alle Altersgruppen.

²⁶ Frage: «Würden Sie sagen, dass man den meisten Menschen trauen kann oder kann man nicht vorsichtig genug sein mit anderen?» mit drei Antwortmöglichkeiten (1= «den meisten Menschen kann man trauen»; 2= «man kann nicht vorsichtig genug sein»; 9= «anderes»); Datenquelle: Inglehart, R. et al. (2000). World Values Survey and European Values Survey 1981-1984, 1990-1993, and 1995-1997. Ann Arbor: MI: Institute for Social Research..

6 Die sozialen Ressourcen der Schweizer Bevölkerung im europäischen Vergleich

Das letzte thematische Kapitel dieses Berichts «wagt» einen Blick über die Schweizer Grenzen hinaus. Die Stärke und Verbreitung der sozialen Ressourcen der Schweizer Wohnbevölkerung sollen im europäischen Kontext verglichen werden. Dieser internationale Vergleich stützt sich auf den European Social Survey (ESS), welcher im aktuellsten Datensatz 19 europäische Staaten (inklusive Russland) enthält.

6.1 Einleitung

Sie finden in der folgenden Tabelle wiederum die wichtigsten Informationen zu der Datenquelle, den Variablen und Konstrukten, welche in diesem Kapitel verwendet werden.

Tabelle 6.1 Die wichtigsten Informationen zu den verwendeten Daten, Variablen und Konstrukten im Kapitel 6

Der European Social Survey (ESS) ist eine gross angelegte internationale Erhebung, die seit 2002 alle zwei Jahre durchgeführt wird. Das Ziel ist es, statistische Daten zur Entwicklung und zur Veränderung der Werte, Haltungen und Einstellungen der Bevölkerung in verschiedenen europäischen Ländern zu erhalten. Der ESS wird vom Centre for Comparative Social Surveys der City University in London europaweit koordiniert. Die Stärke dieser Studie liegt in der methodischen Strenge, die angewandt wurde, damit die Daten international wirklich vergleichbar sind. Es handelt sich um eine Zufallsstichprobe, die für die jeweilige Wohnbevölkerung über 15 Jahren repräsentativ ist. Die hier verwendete ESS Erhebung des Jahres 2011 umfasst eine Stichprobe von N=38'974 Personen aus 20 Ländern (davon 19 aus Europa), wobei die Stichprobe pro Land mindestens 1400 Personen betrug. Die Schweizer Stichprobe innerhalb dieser Erhebung betrug N=1506.

Variablen und Konstrukte	Frage	Antwortmöglichkeiten
Allgemeines soziales Vertrauen	Gehen Sie in der Regel davon aus, dass man den meisten Menschen trauen kann, oder sind Sie eher der Meinung, dass man nicht vorsichtig genug sein kann?	11-stufige Skala mit 0=man kann nie vorsichtig genug sein 10=man kann den meisten Menschen trauen
Politisches Vertrauen	Bitte sagen Sie mir, wie Sie persönlich Ihr Vertrauen in die folgenden Institutionen einstuft würden ... National- und Ständerat	11-stufige Skala mit 0=überhaupt kein Vertrauen 10=volles Vertrauen
Einsamkeitsgefühle	Sagen Sie mir, wie oft Sie sich in der letzten Woche einsam gefühlt haben.	4-stufige Skala: 1=nie oder fast nie 2= manchmal 3= meistens 4= immer oder fast immer
Häufigkeit privater Kontakte	Wie oft treffen Sie sich privat mit Freunden, Verwandten oder Arbeitskollegen?	7-stufige Skala mit 1=nie 7=jeden Tag
Vertrauensbeziehung	Haben Sie jemanden, mit dem Sie vertrauliche und persönliche Angelegenheiten besprechen können?	1=ja 2=nein

Im Folgenden werden die sozialen Ressourcen der Schweizer Bevölkerung mit derjenigen von anderen Ländern Europas verglichen. Zunächst wird untersucht, ob die Schweiz im internationalen Vergleich eher über ein hohes oder weniger hohes **soziales Kapital** verfügt, gemessen am allgemeinen Vertrauen in die Mitmenschen und das Parlament. In der wissenschaftlichen Literatur wurde argumentiert, dass zwischen den Ländern grosse Unterschiede im sozialen Kapital der Bevölkerung existieren. Gleichzeitig soll auch geprüft werden, welchen Einfluss die Sprachregionen der Schweiz in diesem Zusammenhang haben. Stimmt die von Freitag (2001, 2004) formulierte These, dass die Bevölkerung der Romandie in Bezug auf die Höhe ihres Sozialkapitals der Bevölkerung Frankreichs gleicht; die Bevölkerung der Deutschschweiz derjenigen Deutschlands und diejenige des Tessins der Bevölkerung Italiens?

Wir möchten an dieser Stelle aber auch einen Schritt weitergehen und untersuchen, ob auch in anderen Dimensionen der sozialen Ressourcen wie dem **sozialen Netz** internationale Unterschiede zu beobachten sind. Zeigen sich signifikante Unterschiede in der Häufigkeit, mit der man sich im Freundeskreis oder mit Bekannten trifft? Gibt es Länder, in denen sich die Bevölkerung signifikant einsamer fühlt? Zeigen sich Unterschiede bei dem Anteil der Bevölkerung, der ohne Vertrauensbeziehungen ist?

Falls Unterschiede zwischen den europäischen Ländern gefunden werden, stellt sich die Frage der **Ursache dieser Unterschiede**. Diese können auf zwei Ebenen liegen: auf der Ebene der Individuen und/oder auf der Ebene der Länder. So könnte beispielsweise ein Unterschied zwischen den Ländern im Ausmass der Einsamkeit darauf zurückzuführen sein, dass die Altersstruktur der Bevölkerung sehr unterschiedlich ist. Da ältere Menschen sich öfter einsam fühlen, würden Länder mit hohem Altersdurchschnitt «schlechter abschneiden». Dies wäre ein sogenannter Kompositionseffekt, der durch die Zusammensetzung der Bevölkerung (Ebene 1) verursacht ist. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass länderspezifische Eigenschaften (Dichte der Bevölkerung, politisches System, etc.) für diesen Unterschied verantwortlich sind. Das wäre ein sogenannter Kontexteffekt (Ebene 2). Eine Analyse der länderspezifischen Unterschiede kann korrekterweise nur mit einem statistischen Modell überprüft werden, das gleichzeitig auf den Ebenen 1 (Individuen) und 2 (Länder) erklärende Variablen einbezieht und die hierarchisch strukturierte Datenstruktur adäquat berücksichtigt. Am Schluss dieses Kapitels 6 wird deshalb mittels Mehrebenen-Varianzanalyse (Multilevel Modelling) nach Erklärungen für internationale Unterschiede gesucht.

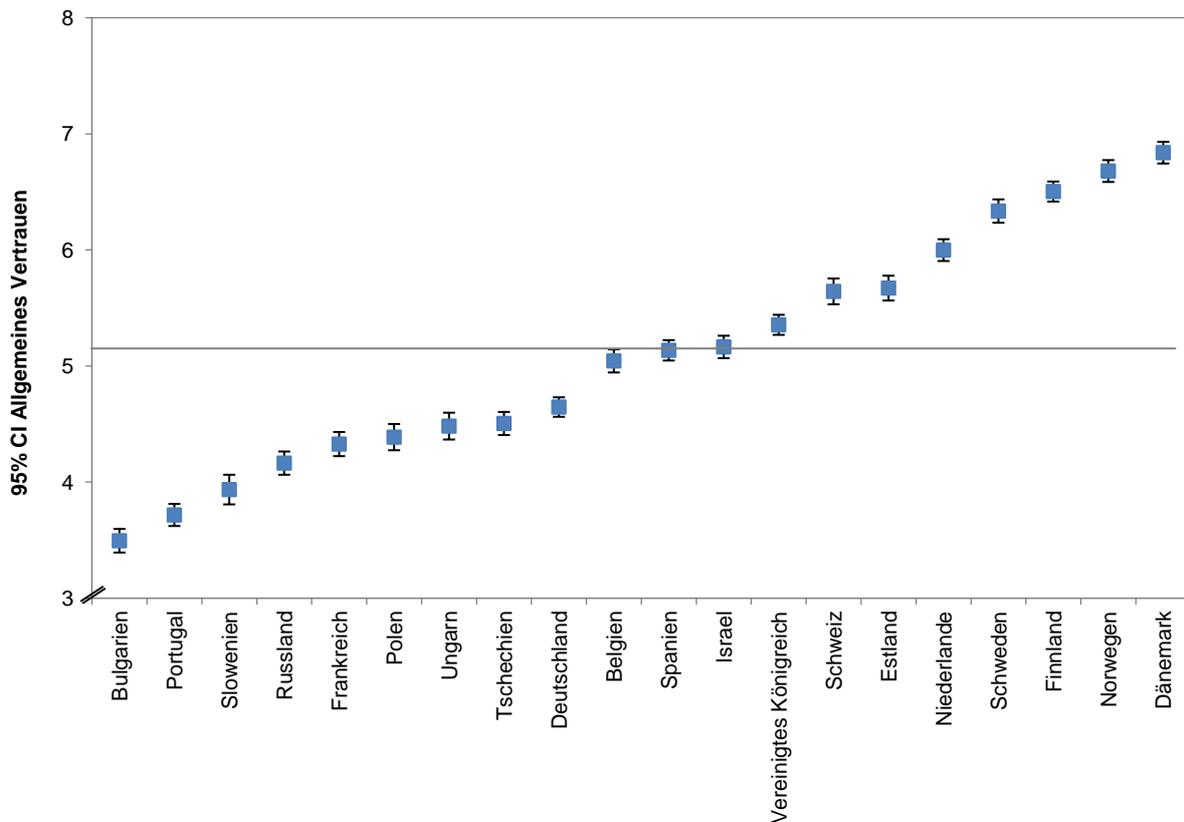
6.2 Das soziale Kapital der Schweizer Bevölkerung im europäischen Vergleich

In diesem Teil dieses Kapitels geht es – wie erwähnt – einerseits um die Frage, wie hoch das soziale Kapital der Schweizer Bevölkerung im europäischen Vergleich ist. Andererseits wollen wir auch die im Kapitel 5 dargestellten binnenschweizerischen Unterschiede im Sozialkapital zwischen den Sprachregionen mit den europäischen Nachbarländern vergleichen²⁷.

Wie man in der Abbildung 6.1 erkennen kann, zeigen sich beim sozialen Kapital stark ausgeprägte Unterschiede zwischen den europäischen Staaten. Dargestellt wurden in dieser Abbildung der Mittelwert sowie die Vertrauensintervalle (95%) nach Ländern. Ausserdem ist der gesamte Mittelwert über alle Länder als Linie eingetragen. Der Mittelwert des allgemeinen Vertrauens in die Mitmenschen weist einen Maximalwert von 6,8 (Skala von 0–10) in Dänemark und einem Minimalwert von 3,5 in Bulgarien auf. Es sind die skandinavischen Länder, die besonders hohe Werte aufweisen und die Länder des Südens, Südostens und Ostens mit besonders tiefen Werten. Dieser Vergleich zeigt auch, dass die Schweiz im europäischen Vergleich ein hohes soziales Kapital aufweist, was das zwischenmenschliche Vertrauen angeht. Höhere Werte haben lediglich die skandinavischen Länder, Estland und die Niederlande. Die Unterschiede der Mittelwerte erweisen sich als statistisch signifikant (ANOVA: $F=389.7$, $df=18$, $p=.000$).

²⁷ Der Vergleich zwischen Tessin und Italien ist leider nicht möglich, da Italien in den hier verwendeten ESS-Daten nicht erfasst ist.

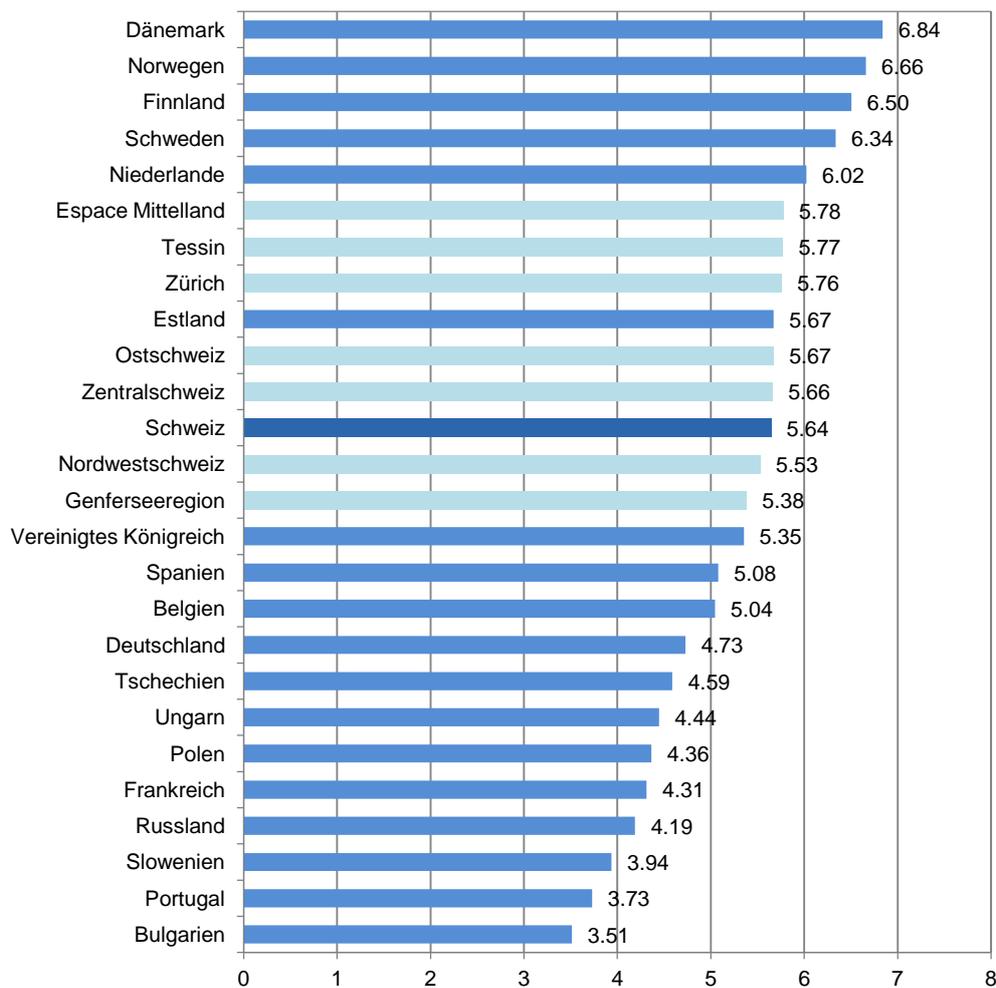
Abbildung 6.1 Soziales Kapital - allgemeines Vertrauen in Mitmenschen (Skala von 0 «man kann nie vorsichtig genug sein» bis 10 «man kann den meisten Menschen vertrauen»): Vergleich der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (95%) in verschiedenen europäischen Staaten



Quelle: European Social Survey 2011

© Obsan 2014

Bei der zweiten Abbildung (6.2) wurden die Binnenregionen der Schweiz in die Darstellung miteinbezogen. Die Ergebnisse der Grossregionen der Schweiz liegen innerhalb der Rangfolge der hier erfassten europäischen Länder nahe beieinander und verweisen auf die Homogenität der Schweizer Bevölkerung im sozialen Kapital unabhängig von der Wohn- oder Sprachregion. Die These, dass sich beispielsweise die Région lémanique in der Stärke des sozialen Kapitals mehr oder weniger identisch verhält wie Frankreich oder die Grossregion Zürich wie Deutschland lässt sich hier nicht bestätigen.

Abbildung 6.2 Soziales Kapital - allgemeines Vertrauen in Mitmenschen: Vergleich der Mittelwerte in verschiedenen europäischen Staaten und der Grossregionen der Schweiz (Skala 0–10)

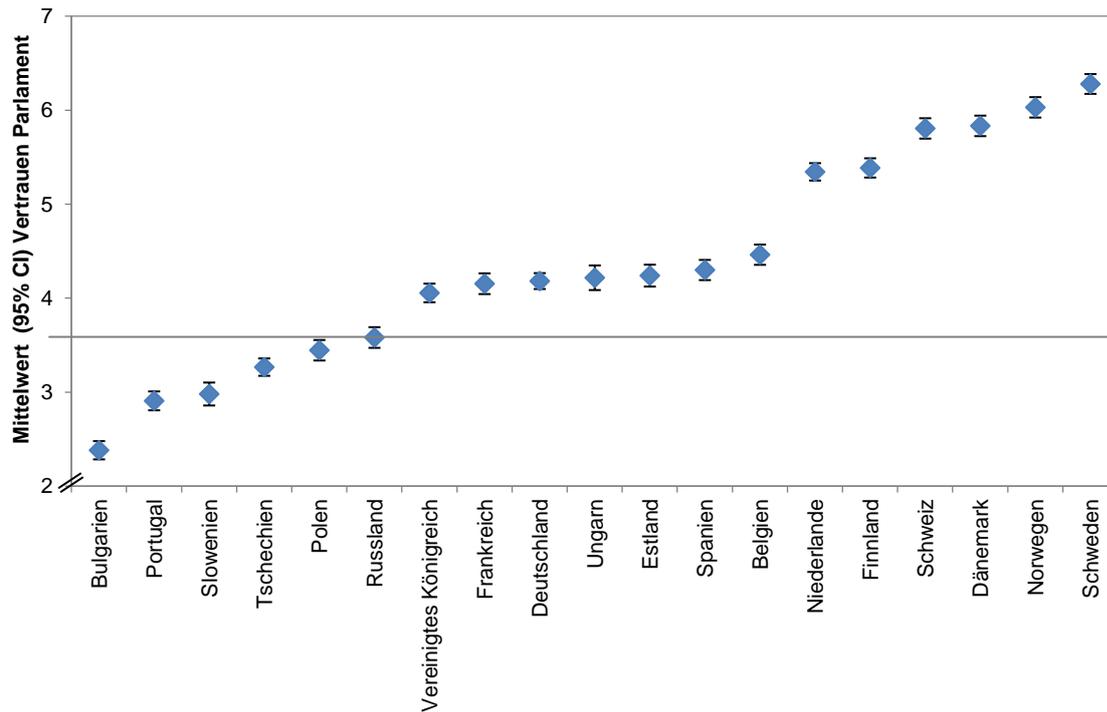
Quelle: European Social Survey 2011 – gewichtete Daten

© Obsan 2014

Eine weitere interessante Frage, die sich stellt, betrifft die Herkunftsländer von Migrationsgruppen in der Schweiz: Nehmen Migrantinnen und Migranten das soziale Kapital aus ihrem Herkunftsland mit in das Immigrationsland oder passen sie sich den hiesigen Gegebenheiten an? Selbstverständlich kann diese komplexe Frage im Rahmen dieser Arbeit nicht schlüssig analysiert werden und wird sich auch nicht einheitlich für alle Migrationsgruppen beantworten lassen. Immerhin zeigen sich gewisse Parallelen: So weist die Migrationsbevölkerung, die ursprünglich aus Portugal oder aus Frankreich stammt, auch in der Schweiz ein tieferes soziales Kapital auf (vgl. Kapitel 5.1) entsprechend dem durchschnittlichen sozialen Kapital aus ihrem Herkunftsland. Die Migrantinnen und Migranten aus Deutschland, die in der Schweiz leben, haben hingegen vergleichsweise ein höheres soziales Kapital als ihre Mitbürgerinnen und Mitbürger, die in Deutschland wohnen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu beachten, dass die Migrierenden nicht in jedem Fall eine repräsentative Gruppe für die Wohnbevölkerung eines Landes darstellen. So kann vermutet werden, dass beispielsweise die deutschen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz im Durchschnitt über eine höhere Schulbildung und einen höheren sozialen Status verfügen als die Wohnbevölkerung Deutschlands.

Als zweiter Indikator für das soziale Kapital im Bereich Politik wurde das Vertrauen der Bevölkerung in das Parlament verwendet. Es zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei dem zwischenmenschlichen Vertrauen: Die Schweiz weist im europäischen Vergleich ein hohes soziales Kapital auf und die internationalen Unterschiede folgen einem nahezu identischen geografischen Muster in der Verteilung (vgl. Abbildung 6.3). Die Unterschiede zwischen den Ländern sind gemäss Varianzanalyse signifikant (ANOVA, $F=424.5$, $df=18$, $p=.000$).

Abbildung 6.3 Soziales Kapital - Vertrauen in das Parlament (Skala von 0 «überhaupt kein Vertrauen» bis 10 «volles Vertrauen»): Vergleich der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (95%) in verschiedenen europäischen Staaten (Skala 1–10)

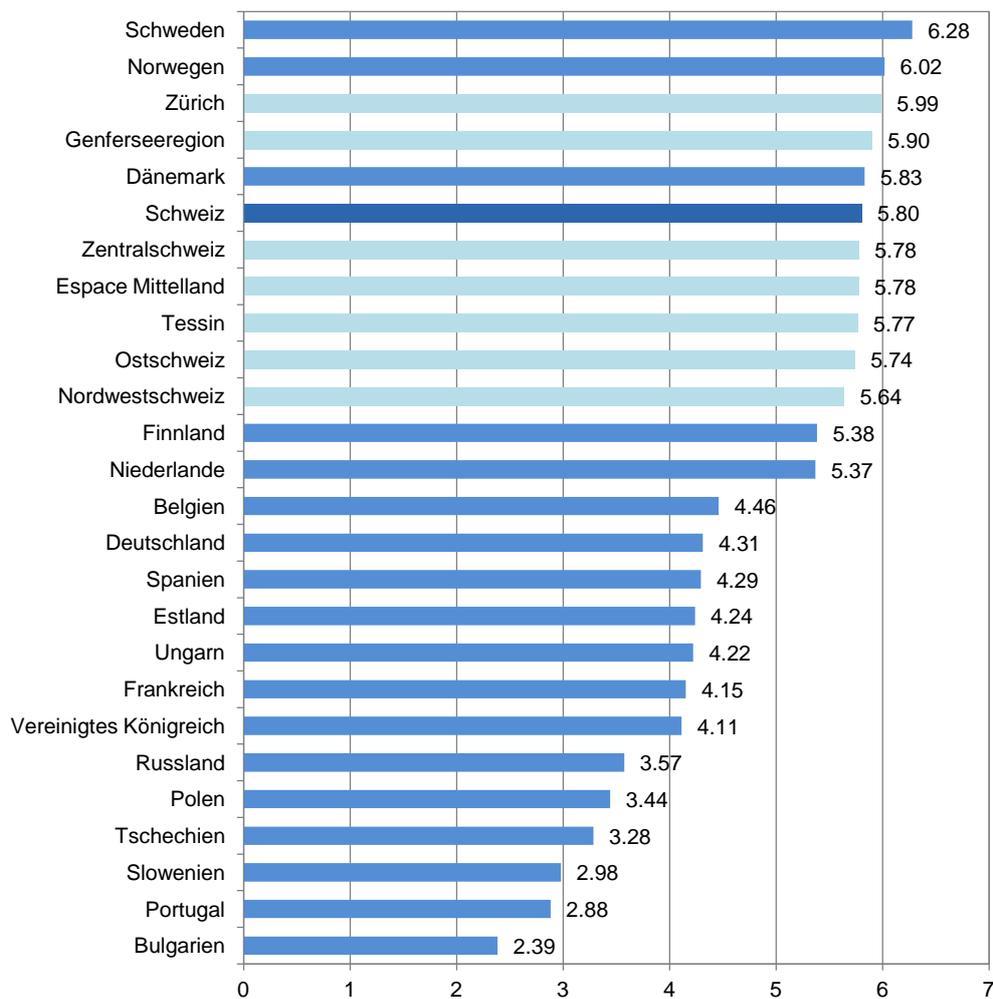


Quelle: European Social Survey 2011

© Obsan 2014

Die skandinavischen Länder Europas weisen wiederum das stärkste soziale Kapital auf, wobei die Schweiz ebenfalls einen hohen Wert zeigt. Am Schluss der Rangreihe folgen die Länder aus Osteuropa und Portugal; den tiefsten Wert findet man auch hier in Bulgarien.

Auch hier sind die binnenschweizerischen Unterschiede deutlich kleiner als die Unterschiede zwischen den europäischen Staaten, wie man der Abbildung 6.4 entnehmen kann.

Abbildung 6.4 Soziales Kapital - Vertrauen in das Parlament: Vergleich der Mittelwerte in verschiedenen europäischen Staaten und den Grossregionen der Schweiz (Skala 0–10)

Quelle: European Social Survey 2011 – gewichtete Daten; DWEIGHT

© Obsan 2014

6.3 Das soziale Netz und erlebte Einsamkeit im europäischen Vergleich

In diesem Kapitel werden wir untersuchen, ob auch bei den anderen Dimensionen der sozialen Ressourcen signifikante Unterschiede zwischen den Ländern beobachtet werden können. Um die Ergebnisse möglichst gut mit den anderen Kapiteln vergleichen zu können, haben wir uns entschieden, folgende Indikatoren zu berücksichtigen:

- Vorhandensein versus Fehlen einer Vertrauensbeziehung
- Häufigkeit von privaten Kontakten ausserhalb der Kernfamilie
- Häufigkeit des Erlebens von Einsamkeitsgefühlen

Wie weiter oben ausgeführt wurde, haben die **Vertrauenspersonen** als nahestehendste Bezugspersonen, eine besonders wichtige Funktion als Schutzfaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Die Vertrauensbeziehung ist bei vielen Personen ein Mitglied der Kernfamilie oder des eigenen Haushalts. Insbesondere bei den Männern dient die Lebenspartnerin / Ehegattin als Vertrauensperson.

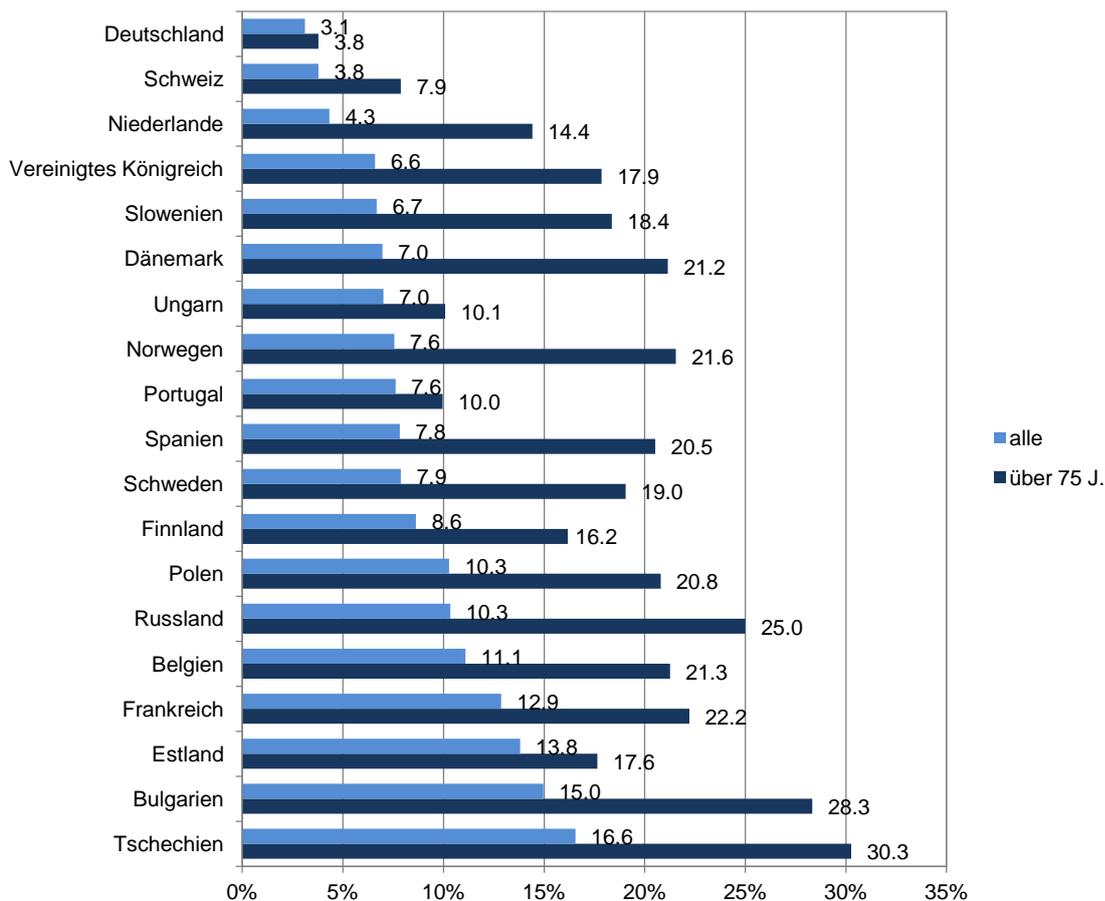
Da diese Variable im European Social Survey lediglich dichotom erhoben wurde (das heisst, es gibt lediglich die Antwortmöglichkeiten «ja» / «nein»), können keine Mittelwertsunterschiede zwischen den Ländern berechnet werden, sondern es wird der prozentuale Anteil derjenigen Personen dargestellt,

die ohne Vertrauensbeziehung leben.²⁸ Aufgrund der bisherigen Erkenntnis, dass die Grösse und Struktur des sozialen Netzes im höheren Alter stark abnimmt, haben wir bei den folgenden Abbildungen zum sozialen Netz jeweils den Wert des Indikators für alle Altersgruppen zusammen dargestellt und als Ergänzung dazu den Wert ausschliesslich für Personen ab 75 Jahren.

Erstaunlicherweise stellen wir auch bei diesem sehr «privaten» Indikator der sozialen Ressourcen grosse internationale Unterschiede fest (vgl. Abbildung 6.5). Von einem tiefen Anteil Personen ohne Vertrauensbeziehung von 3,1% in Deutschland und 3,8% in der Schweiz reichen die Werte bis zu 15% in Bulgarien und sogar 16,6% in der Tschechischen Republik. Bei den über 75-jährigen Personen bewegen sich die Werte von knapp 4% in Deutschland (8% in der Schweiz) bis zu 28% und 30% in Bulgarien und Tschechien. Die Unterschiede zwischen den Ländern innerhalb Europas erscheinen erstaunlich gross zu sein.

Wieder sind es vor allem die Staaten Osteuropas und Südosteuropas, die einen besonders hohen Anteil an Personen aufweisen, die über geringe soziale Ressourcen verfügen. Aber auch in Frankreich und Belgien leben vergleichsweise viele Personen ohne Vertrauensbeziehung. Die Unterschiede zwischen den Ländern (alle Altersgruppen) sind gemäss Chi-Quadrat-Test signifikant (Chisq=832.1, df=18, p= .000).

Abbildung 6.5 Anteil Personen ohne Vertrauensbeziehung: alle Altersgruppen und über 75-Jährige in verschiedenen europäischen Ländern



Quelle: European Social Survey 2011 – gewichtete Daten; DWEIGHT

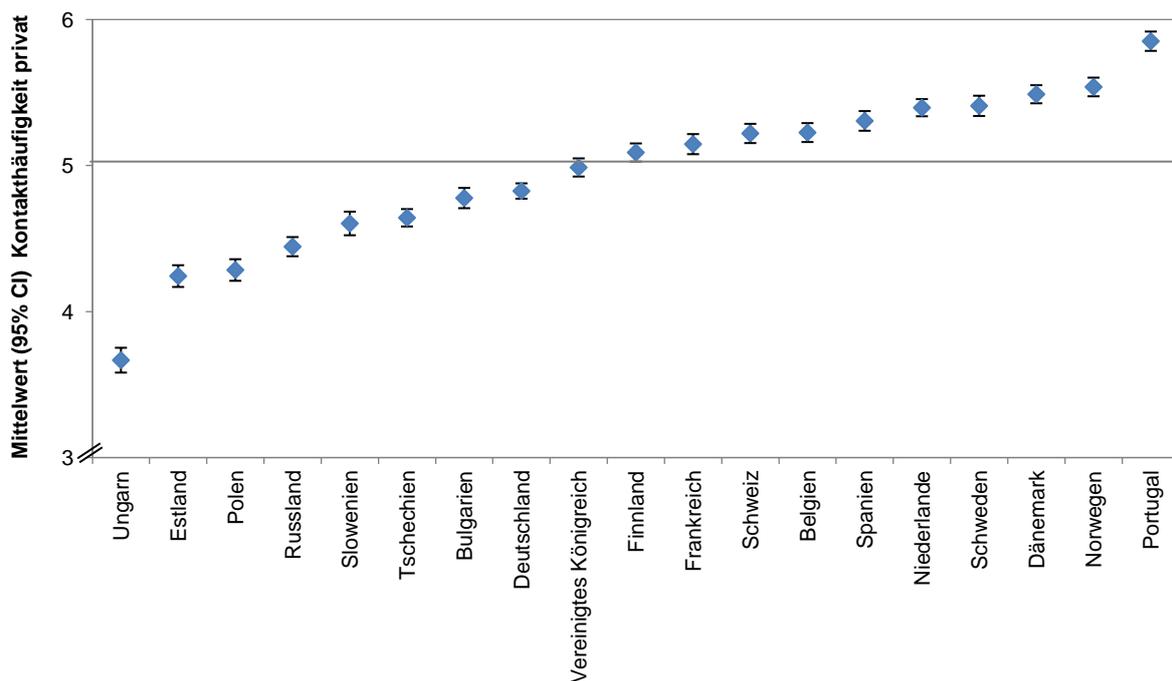
© Obsan 2014

²⁸ Die Signifikanz der Unterschiede zwischen den Ländern wird mittels Chi-Quadrat-Test überprüft.

Im Folgenden geht es um die **Häufigkeit privater Kontakte** ausserhalb der Kernfamilie und des eigenen Haushalts. Wie man in der Abbildung 6.6 erkennen kann, zeigen sich auch bei diesem Indikator grosse und statistisch signifikante internationale Unterschiede (ANOVA: $F=231.9$, $df=18$, $p=.000$).

Die Bevölkerung Portugals pflegt im Durchschnitt am häufigsten private Kontakte ausserhalb der Kernfamilie, gefolgt von Norwegen, Dänemark und Schweden. Am anderen Ende dieser Rangreihe stehen Länder, die ehemals kommunistische Regierungen aufwiesen, wie Estland, Polen, Russland, Slowenien, Tschechische Republik und Bulgarien. Den mit Abstand am tiefsten Wert weist Ungarn auf.

Abbildung 6.6 Häufigkeit privater Kontakte ausserhalb der Kernfamilie (Skala von 1 «nie» bis 7 «jeden Tag»): Vergleich der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (95%) in europäischen Staaten



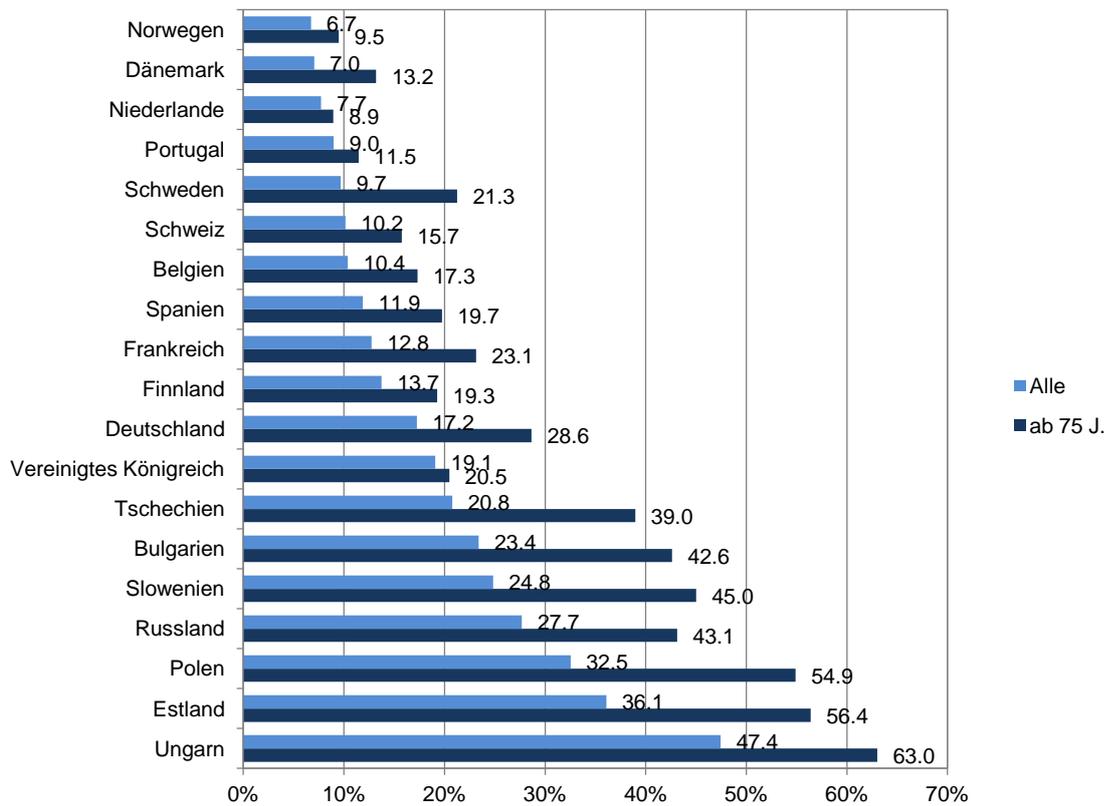
Quelle: European Social Survey 2011

© Obsan 2014

Berechnet man nun den Anteil der Personen, die nie oder selten (maximal einmal pro Monat) privaten Kontakt ausserhalb ihrer Kernfamilie pflegen, dann schwanken die Anteile von knapp 7% der Bevölkerung in Norwegen bis zu 47% in Ungarn. Betrachtet man die älteren Personen (ab 75 Jahren) getrennt, dann sind diese Anteile erwartungsgemäss höher und reichen bei Ungarn bis zu einem Anteil von 63%. In der Schweiz pflegten 10,2% der Bevölkerung nie oder selten privaten Kontakt, respektive 15,7% der älteren Personen (siehe Abbildung 6.7).

Auf der Suche nach einer Erklärung der grossen internationalen Unterschiede muss berücksichtigt werden, dass bei diesem Indikator ausschliesslich die Kontakte ausserhalb der Kernfamilie betrachtet wurden. Man könnte vermuten, dass in bestimmten Ländern die familiären Beziehungen eine grössere Bedeutung haben als in anderen, so dass sich das soziale Leben hauptsächlich innerhalb des engen Familienkreises abspielt. Gegen diese These sprechen aber die Ergebnisse zum Vorhandensein oder Fehlen einer Vertrauensbeziehung (siehe weiter oben). Länder mit einem hohen Anteil an Personen mit wenig privaten Kontakten ausserhalb der Kernfamilie weisen fast durchwegs auch einen hohen Anteil an Personen ohne Vertrauensbeziehungen auf.

Abbildung 6.7 Anteil Personen mit wenig privatem Kontakt²⁹ (einmal pro Monat oder seltener): alle Altersgruppen und Personen ab 75 Jahren in europäischen Ländern

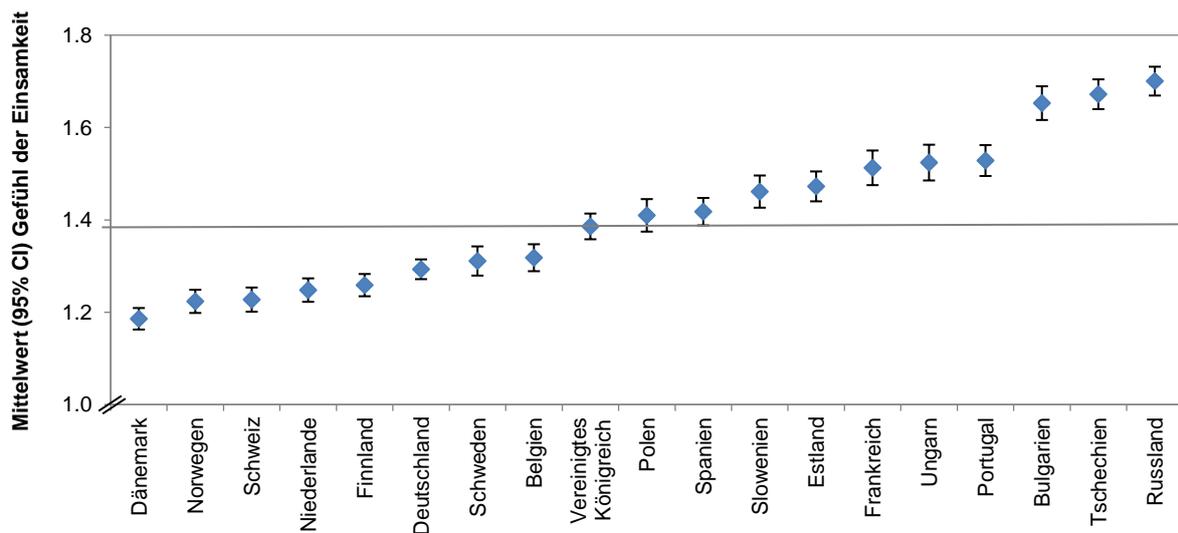


Quelle: European Social Survey 2011 – gewichtete Daten

© Obsan 2014

Als dritte und letzte Komponente des sozialen Netzes respektive als evaluative Komponente der sozialen Ressourcen insgesamt wird nun die Frage der Verbreitung von **Einsamkeitsgefühlen** analysiert.

Abbildung 6.8 Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen (Skala von 1 «nie / fast nie» bis 4 «immer / fast immer»): Vergleich der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (95%) in europäischen Staaten



Quelle: European Social Survey 2011

© Obsan 2014

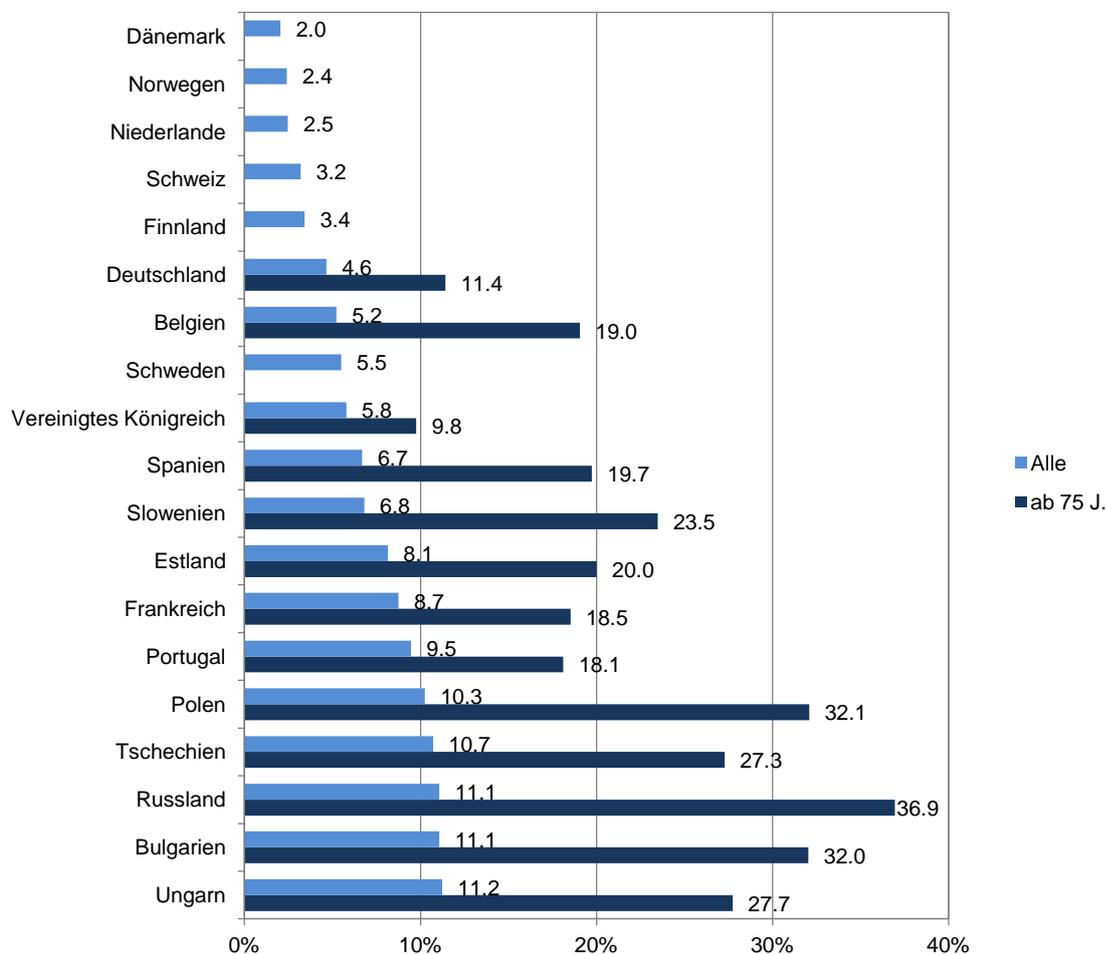
²⁹ zu Freundinnen und Freunden, Verwandten oder Arbeitskolleginnen und -kollegen

Die Bevölkerung Russlands fühlt sich im Schnitt am häufigsten einsam, gefolgt von der Bevölkerung Tschechiens, Bulgariens und Portugals. Am seltensten einsam fühlen sich die Bewohnerinnen und Bewohner der skandinavischen Länder wie Dänemark, Norwegen und Finnland. Aber auch in der Schweiz, in den Niederlanden und in Deutschland ist dieser Mittelwert vergleichsweise sehr tief. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind statistisch signifikant (ANOVA: $F=108.3$, $df=18$, $p=.000$).

Zum Schluss wird nun noch derjenige Anteil der Bevölkerung dargestellt, der sich «die meiste Zeit» oder «oft» einsam fühlt (Abbildung 6.9). Bei dieser Frage zeigt sich erneut ein deutliches geografisches Muster innerhalb Europas: Nordeuropa kommt vor Mitteleuropa, gefolgt von West- und Südwesteuropa. Die Staaten des Ostens und Südostens sind am Schluss der Rangreihe. Die Schweiz weist zusammen mit den Niederlanden wiederum ein sehr gutes Resultat auf mit einem Anteil von lediglich 3% der Bevölkerung, die oft an Einsamkeit leidet.

Bei der europäischen Bevölkerung über 75 Jahren weisen die hohen Anteile an einsamen Menschen in Ländern wie Russland, Polen oder Bulgarien auf ein erhebliches gesundheitliches und soziales Problem hin.

Abbildung 6.9 Anteil Personen, die sich oft einsam fühlen: alle Altersgruppen und Personen ab 75 Jahren³⁰ in europäischen Ländern



Quelle: European Social Survey 2011; gewichtete Daten

© Obsan 2014

³⁰ Bei einigen Ländern konnte der Wert für die ältere Bevölkerungsgruppe nicht dargestellt werden, da die Anzahl befragter Personen (N) zu gering ist.

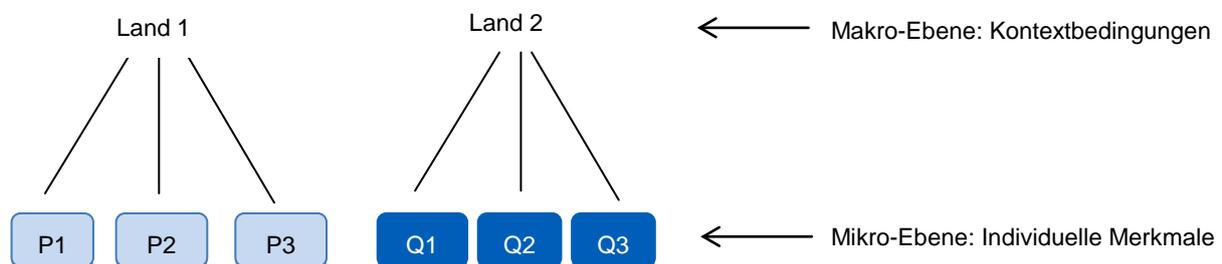
Zusammenfassend zeigen die Indikatoren des sozialen Kapitals und des sozialen Netzes sowie der erlebten Einsamkeit ein erstaunlich gleichförmiges geografisches Muster. Dies spricht erneut gegen die oben aufgeführte These, dass in Ländern wie Ungarn oder Polen die schwach vorhandenen «Weak Ties» durch ein intensiveres Familienleben kompensiert werden. Es existieren offensichtlich grosse Unterschiede im Ausmass der vorhandenen sozialen Ressourcen in Europa. Dieses geografische Muster ist bei einzelnen Ländern durchbrochen: So weist zum Beispiel Portugal ein vergleichsweise tiefes soziales Kapital, einen mittleren Wert bei den Vertrauensbeziehungen, aussergewöhnliche viele private Kontakte ausserhalb der Kernfamilie und gleichzeitig ein starkes Ausmass an erlebter Einsamkeit auf.

6.4 Erklärungsansätze für die innereuropäischen Differenzen in den sozialen Ressourcen

Welches sind mögliche Erklärungen für die Diskrepanzen in der Stärke der sozialen Ressourcen zwischen den europäischen Staaten? Die Entstehung von sozialen Ressourcen ist abhängig von den Eigenschaften des Individuums und den Kontextbedingungen, in denen dieses Individuum lebt. Für die gefundenen Unterschiede könnte also die unterschiedliche Zusammensetzung der Bevölkerung bei den individuellen Merkmalen (z.B. Unterschiede im Alter, Bildungsstand, Persönlichkeit) und/oder Unterschiede gesellschaftlicher, kontextueller Merkmale verantwortlich sein. Ein weiterer möglicher Erklärungsansatz für die gefundenen Unterschiede zwischen den Ländern liegt darin, dass die lebensweltlichen und auch sprachlichen Kulturen das Antwortverhalten (unabhängig von den objektiv zu beobachtenden Unterschieden) beeinflussen. Sprachliche und kulturelle Eigenheiten mögen die Art, wie man über soziale Kontakte, Zufriedenheit oder soziales Vertrauen spricht, beeinflussen. Wie wir später sehen werden, stehen aber die subjektiven Beurteilungen der eigenen sozialen Ressourcen in einem Zusammenhang mit objektiven Parametern, was der These, dass die länderspezifischen Unterschiede auf ein reines Artefakt des sprachkulturellen Antwortverhaltens in den verschiedenen europäischen Staaten zurückzuführen ist, widerspricht.

In diesem Kapitel wird nun mittels der sogenannten Mehrebenen-Varianzanalyse untersucht, welche Bedeutung die individuellen und die kontextuellen Merkmale zur Erklärung der internationalen Unterschiede haben. Das Modell in Abbildung 6.9 stellt exemplarisch dar, wie die Daten in dieser Analyse hierarchisch strukturiert sind, wobei auf der Mikro- wie auf der Makro-Ebene gleichzeitig unabhängige Variablen in das Modell einbezogen werden können.

Abbildung 6.10 Exemplarische Darstellung eines Mehrebenen-Modells zur Erklärung von länderspezifischen Unterschieden im Ausmass der erlebten Einsamkeit



Folgende erklärende Variablen wurden aus theoretischen Überlegungen und auch aus Gründen der Verfügbarkeit der Daten in den Modellen einbezogen:

- Geschlecht, Alter, sozio-ökonomische Variablen (Einkommen, Schulbildung) als individuelle Merkmale

- Durchschnittlicher Wohlstand der Bevölkerung (Mittelwert des tatsächlichen Individualverbrauchs, TIV) und Ausmass der Ungleichheit in der Verteilung des Einkommens (GINI) auf der Ebene der Länder.

In Tabelle 6.2 finden Sie die wichtigsten Merkmale der erklärenden Variablen auf der Individuums- und Länderebene dargestellt. Als Indikator für die Bildung wurde die Anzahl der abgeschlossenen Jahre Schulbildung verwendet. Als Indikator für den individuellen Wohlstand resp. die Prekarität wurde die Frage nach dem «gefühlten Wohlstand» verwendet. Die Befragten schätzen dabei ein, ob sie mit dem heutigen Einkommen «komfortabel über die Runden kommen», ob die Lage «bewältigbar», «schwierig» oder «sehr schwierig» ist. Es handelt sich dabei um eine subjektive Beurteilung der finanziellen Situation des Haushalts, welche aber mit objektiven Parametern des Wohlstands stark verbunden ist, wie sich bei einem Vergleich mit einem von uns berechneten Haushalts-Äquivalenz-Einkommen gezeigt hat. In der Tabelle 6.2 dargestellt ist derjenige Anteil der Personen, der seine finanzielle Lage als «schwierig» oder «sehr schwierig» bezeichnet. Wie man erkennen kann, unterscheiden sich die Länder stark im Anteil der Personen, die in prekären finanziellen Verhältnissen leben. In Bulgarien sind am meisten Menschen von Armut betroffen: Knapp drei Viertel aller Befragten befinden sich in einer prekären Lage. In Dänemark sind es hingegen knapp 6% (Schweiz: 11%).

Tabelle 6.2 Demografische, sozio-ökonomische und volkswirtschaftliche Eigenschaften der 17 europäischen Staaten, die in die Mehrebenen-Analyse einbezogen wurden³¹

Land	Individuelle Ebene			Länderebene		
	Anteil Frauen	Alter MWert	Jahre Schulbildung MWert	Anteil Personen in prekärer Lage ³²	Tatsächlicher Individualverbrauch TIV MWert	GINI-Koeffizient
Belgien	51.9%	46.8	12.7	20.4	111	26.3
Bulgarien	56.3%	53.4	11.3	72.6	45	35.1
Schweiz	48.7%	47.8	11.4	11.2	130	29.7
Tschechien	50.1%	47.0	12.7	44.2	71	25.2
Deutschland	48.7%	47.6	13.1	16.4	120	29.0
Dänemark	48.7%	48.5	13.3	5.7	113	27.8
Estland	59.7%	48.7	12.6	29.5	58	31.9
Spanien	50.8%	45.9	12.4	23.5	94	34.0
Finnland	51.5%	48.8	12.9	14.7	112	25.8
Frankreich	53.6%	49.4	12.4	18.0	113	30.8
Grossbritannien	56.4%	50.0	13.1	19.3	118	33.0
Ungarn	54.2%	47.6	12.7	46.6	61	26.8
Niederlande	54.3%	50.4	13.4	13.3	113	25.8
Norwegen	48.0%	46.4	13.6	7.0	135	22.9
Polen	52.0%	44.4	12.4	28.5	69	31.1
Schweden	52.0%	48.6	12.6	8.7	116	24.4
Slowenien	53.5%	47.4	11.9	15.4	81	23.8
Insgesamt	52.4%	48.3	12.6	25.8	96	28.8

Quelle: European Social Survey 2011 – ungewichtete Daten³³

© Obsan 2014

³¹ Die Auswahl dieser 17 Staaten ist bedingt durch die Verfügbarkeit der notwendigen statistischen Daten. Portugal und Russland mussten ausgeschlossen werden.

³² Anteil Personen, die angaben, dass es für sie schwierig oder sehr schwierig ist, mit dem Einkommen ihres Haushalts über die Runden zu kommen.

³³ Aus methodischen Gründen wird in der Mehrebenen-Varianzanalyse grundsätzlich mit ungewichteten Daten gearbeitet.

Ein Indikator für den Wohlstand der Bevölkerung eines Landes ist der **tatsächliche Individualverbrauch der Bevölkerung, TIV**³⁴. Dieser misst die Menge an Gütern und Dienstleistungen, die tatsächlich von einem Haushalt konsumiert werden, unabhängig davon, ob diese von den Mitgliedern des Haushalts oder der öffentlichen Hand bezahlt wurden. Dieser neue Indikator wird als international vergleichbares Mass für den materiellen Wohlstand der Haushalte empfohlen (vgl. EUROSTAT, 2012), da er Staaten vergleichbar macht, in denen die Kosten für gewisse Dienstleistungen (z.B. Zahnarzt- oder Bildungskosten) in mehr oder weniger grossem Umfang von Privaten, der öffentlichen Hand oder karitativen Organisationen übernommen werden. Der Indikator wird von EUROSTAT (in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Stiglitz-Sen-Fitoussi-Kommission) inzwischen als geeigneteres Wohlstandsmass bezeichnet als das bisher gebräuchlichere Bruttoinlandsprodukt pro Kopf (BIP). Das BIP misst die volkswirtschaftliche Stärke eines Landes insgesamt, liefert aber ein weniger präzises Abbild des Wohlstands der Haushalte.

Auf der Ebene der Länder (Kontext-Ebene) wurde bisher insbesondere die Frage diskutiert, welchen Einfluss eine mehr oder weniger homogene Verteilung des Wohlstands auf die Bildung der sozialen Ressourcen hat. Die Verteilung des Wohlstands wird im Allgemeinen mit dem sogenannten **Gini-Index**³⁵ gemessen. Je höher der Wert dieses Indexes ist, umso ungleicher sind die finanziellen Güter in einer bestimmten Population verteilt. Der Gini-Koeffizient nimmt einen Wert zwischen 0 und 1 an. Der Wert von 0 würde bedeuten, dass alle Personen eines Staates das genau gleich hohe Einkommen erzielen (Gleichverteilung); ein Wert von 1 hingegen, dass eine einzige Person das komplette Einkommen erhält (maximale Ungleichverteilung). Es wird nun postuliert, dass eine ausgeprägte Ungleichheit an Wohlstand innerhalb einer Gesellschaft die Bildung von sozialem Kapital hemmt.

Wie man Tabelle 6.2 entnehmen kann, gibt es im durchschnittlichen Wohlstand der Haushalte gemessen mit dem TIV pro Kopf grosse Differenzen zwischen den europäischen Ländern. Am stärksten von Armut betroffen sind demnach Bulgarien, Estland und Ungarn. Die reichsten Länder gemessen am TIV sind Norwegen, die Schweiz und Deutschland. Auch beim Gini-Index sind grosse Unterschiede zu erkennen. Das reichste Land, Norwegen, weist gleichzeitig auch die ausgeglichene Verteilung des Wohlstands in seiner Bevölkerung auf. Besonders grosse Ungleichheiten in der Verteilung des Wohlstands zeigen sich in Bulgarien, Portugal und Spanien.

Die erklärenden Variablen mit kontinuierlicher Verteilung wie Alter oder Anzahl Jahre Schulbildung wurden beim Einbezug in die Mehrebenen-Modellierung entsprechend den Empfehlungen von Rasbash et al. (2012) einer z-Transformation unterzogen. Dabei wird die Variable auf den Mittelwert der gesamten Population zentriert und die Standardabweichung auf 1 skaliert. Die z-Transformation ergibt zwei Vorteile: Die Referenzkategorie macht eine sinnvolle Interpretation möglich und die Skalen der verschiedenen unabhängigen Variablen werden vergleichbar, da die Varianzen ebenfalls standardisiert werden.

6.4.1 Mehrebenen-Analyse des sozialen Kapitals

Allgemeines Vertrauen in die Mitmenschen

Im Folgenden werden die Resultate der Mehrebenen-Analyse zur Erklärung des allgemeinen Vertrauens in die Mitmenschen vorgestellt (0=«man kann nie vorsichtig genug sein» bis 10=«man kann den meisten Menschen vertrauen»). Im **Modell A** (Random Intercept) wurde als Basismodell untersucht, ob sich die Länder signifikant voneinander unterscheiden (Varianz Makro) und wie hoch der Anteil der Makrovarianz an der gesamten Varianz ist. Der Mittelwert der gesamten Population weist einen Wert von 5,235 (Intercept) auf der Skala von 0–10 im allgemeinen Vertrauen auf. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen den Ländern mit einem Anteil von 16% an der gesamten

³⁴ EUROSTAT, Pressemitteilung vom 13.12.12

³⁵ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=0&language=en&pcode=tessi190>

Varianz. Das bedeutet, dass in diesem Modell maximal 16% der Varianz auf Kontextbedingungen (länderspezifische Eigenschaften) zurückgeführt werden können.

Tabelle 6.3 Ergebnisse der Multilevel Analysis mit Random Intercept zur Erklärung des allgemeinen Vertrauens in die Mitmenschen abhängig von Variablen auf der Mikro- und der Makroebene: Parameterschätzungen, Standardabweichung, Chisq, Signifikanzniveau; Analyse mit MLwiN; Schätzmethode: IGLS

Parameter	Modell A		Modell B		Modell C	
	Schätzung (Std)	Chisq (p)	Schätzung (Std)	Chisq (p)	Schätzung (Std)	Chisq (p)
Fixiert:						
Intercept	5.235 (0.237)		5.592 (0.208)		5.54 (0.173)	
Frauen			0.003 (0.025)	0.0	0.003 (0.025)	0.0
Alter			0.035 (0.013)	7.5 **	0.035 (0.013)	7.5 **
Schulbildung			0.286 (0.014)	443.1***	0.286 (0.014)	443.5***
Einkommen:						
bewältigbar			-0.435 (0.031)	198.5***	-0.433 (0.031)	197.4***
schwierig			-0.790 (0.041)	370.5***	-0.788 (0.041)	368.5***
sehr schwierig			-0.854 (0.056)	233.3***	-0.851 (0.056)	231.6***
Länder: TIV					0.016 (0.007)	5.7 *
Länder: GINI					-0.148 (0.187)	0.6
Variierend:						
Varianz Makro	0.949 (0.326)	8.5 **	0.724 (0.249)	8.4**	0.480 (0.166)	8.4**
Varianz Mikro	4.909 (0.039)		4.726 (0.038)		4.726 (0.038)	
Maximum Likelihood	141212		137719			
Verbesserung des Fit des Modells			3493 (df=6) p=.000		7 (df=2) p=.031	
Anteil Makro-Varianz	16.2%		13.3%		9.2%	

Quelle: European Social Survey 2011 – ungewichtete Daten

© Obsan 2014

Im **Modell B** (Random Intercept mit Individualvariablen) wurden die Variablen Geschlecht, Alter, Schulbildung und finanzielle Lage in die Gleichung miteinbezogen. Dabei wird erstens untersucht, ob diese Individualvariablen einen signifikanten Beitrag zur Erklärung des allgemeinen Vertrauens aufweisen; und zweitens, ob unter der Berücksichtigung des Effekts von Geschlecht, Alter und sozio-ökonomischer Lage der Bevölkerung immer noch ein signifikanter Unterschied zwischen den Ländern im sozialen Kapital besteht (Varianz Makro).

Der Wert des Intercepts (5,592) kann hier interpretiert werden als die Stärke des allgemeinen Vertrauens der Referenzperson (männlich, mit durchschnittlichem Alter, mittlerer Schulbildung und komfortabler finanzieller Lage). Die Ergebnisse zeigen, dass das Geschlecht keinen Zusammenhang mit dem allgemeinen Vertrauen aufweist und mit zunehmendem Alter das Vertrauen stärker ist. Schulbildung und finanzielle Lage haben je einen starken Zusammenhang mit diesem Indikator des sozialen Kapitals: je länger die Schulbildung einer Person dauerte, umso höher ist das Vertrauen in die Mitmenschen. Beim Einkommen kann ein klarer sozialer Gradient beobachtet werden: Wer sein Einkommen so beurteilt, dass er die Lage als bewältigbar einschätzt, hat ein signifikant tieferes Vertrauen als Personen, die ihre Lage als komfortabel einschätzen (Referenzkategorie). Wer die Lage als schwierig einschätzt, dessen Vertrauen ist nochmals deutlich tiefer. Wer die Lage als sehr schwierig einschätzt, dessen Vertrauen in die Mitmenschen ist am tiefsten.

Auch unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter und sozio-ökonomischen Variablen bleibt eine nach wie vor signifikante Varianz zwischen den Ländern bestehen. Der Anteil der Makrovarianz reduziert sich von 16% auf 13%. Sowohl Schulbildung wie auch die Höhe des Einkommens zeigen beide einen starken positiven Zusammenhang mit dem allgemeinen Vertrauen und erklären einen Teil der Unterschiede zwischen den Ländern. Der Fit des Modells gemessen an der Maximum Likelihood erhöht sich deutlich, was einer signifikanten Verbesserung der Erklärungskraft entspricht.

Im **Modell C** werden schliesslich zwei weitere Variablen einbezogen, welche auf der Makroebene angesiedelt sind: der TIV als Indikator für den durchschnittlichen Wohlstand eines Landes und der Gini-Koeffizient für die Ungleichverteilung des Einkommens. Nach Einbezug dieser zwei Variablen bleibt weiterhin ein signifikanter Unterschied zwischen den Ländern bestehen, der Anteil der Makrovarianz reduziert sich aber nochmals deutlich von 13% auf 9%. Der TIV erklärt einen signifikanten Anteil der Unterschiede zwischen den Ländern in Bezug auf das allgemeine Vertrauen. Das bedeutet, dass nicht nur die individuelle finanzielle Lage einen Einfluss auf das soziale Kapital einer Person hat, sondern auch die Frage, wie arm oder reich das Land (resp. dessen Bevölkerung) insgesamt ist, in dem diese Person lebt. Der GINI-Koeffizient weist keinen Zusammenhang mit dem Vertrauen in die Mitmenschen auf. Der Fit des Modells verbessert sich durch den Einbezug dieser Kontextvariablen nur mehr leicht.

Vertrauen in das Parlament

Beim zweiten Indikator des sozialen Kapitals – dem **Vertrauen in das eigene Parlament** (0=«überhaupt kein Vertrauen»; 10=«volles Vertrauen») – zeigt sich ebenfalls in **Modell A** ein signifikanter Unterschied zwischen den Ländern, der immerhin 18,6% (Anteil Makrovarianz) ausmacht. Im **Modell B** zeigt sich wiederum der starke Einfluss von Bildung und Einkommen auf diesen Indikator des sozialen Kapitals: Je höher die Bildung und je komfortabler die finanzielle Lage, umso stärker ist das Vertrauen. Im Unterschied zum allgemeinen Vertrauen in die Mitmenschen ergibt sich hier ein signifikanter Geschlechtseffekt: Frauen haben weniger Vertrauen in das Parlament. Das Alter ist hingegen irrelevant. Auch unter Berücksichtigung dieser individuellen Variablen bleibt ein signifikanter Unterschied zwischen den Ländern bestehen. In **Modell C** zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Wohlstand der Bevölkerung (TIV) und dem sozialen Kapital in einem Land. Durch den Einbezug dieser Variable reduziert sich die Makrovarianz von 15% auf 8%. Die Ungleichheit der Verteilung des Einkommens (Gini-Koeffizient) scheint auch bei diesem Indikator nicht relevant zu sein.

Tabelle 6.4 Ergebnisse der Multilevel Analysis mit Random Intercept zur Erklärung des Vertrauens in das Parlament abhängig von Variablen auf der Individual- und der Makroebene: Parameterschätzungen, Standardabweichung, Chisq, Signifikanzniveau; Analyse mit MLwiN; Schätzmethode: IGLS

Parameter	Modell A		Modell B		Modell C	
	Schätzung (Std)	Chisq (p)	Schätzung (Std)	Chisq (p)	Schätzung (Std)	Chisq (p)
Fixiert:						
Intercept	4.49 (0.266)		4.952 (0.231)		4.903 (0.166)	
Frauen			-0.073 (0.026)	7.9 **	-0.073 (0.026)	7.9 **
Alter			-0.012 (0.014)	0.8...	-0.012 (0.014)	0.8...
Schulbildung			0.198 (0.014)	192.1***	0.198 (0.014)	192.3***
Einkommen:						
bewältigbar			-0.467 (0.032)	209.2***	-0.465 (0.032)	208.1***
schwierig			-0.933 (0.043)	470.8***	-0.931 (0.043)	468.3***
sehr schwierig			-1.205 (0.059)	419.5***	-1.202 (0.059)	416.9***
Länder: TIV					0.022 (0.006)	11.8***
Länder: GINI					-0.189 (0.179)	1.1...
Variierend:						
Varianz Makro	1.204 (0.414)	8.5 **	0.894 (0.307)	8.5 **	0.437 (0.151)	8.4 **
Varianz Mikro	5.261 (0.042)		5.071 (0.041)		5.071 (0.041)	
Maximum Likelihood	140145		136944		136932	
Verbesserung des Fit des Modells			3201 (df=6) p=.000		12 (df=2) p=.002	
Anteil Makrovarianz	18.6%		15.0%		7.9%	

Quelle: European Social Survey 2011 – ungewichtete Daten

© Obsan 2014

6.4.2 Mehrebenen-Analyse des sozialen Netzes

Häufigkeit privater Kontakte

Es folgen die Modelle zur Erklärung der Unterschiede zwischen den Ländern im sozialen Netz, hier konkret in der **Häufigkeit privater Kontakte** der Bevölkerung (1=«nie»; 7=«jeden Tag»). Die Länder unterscheiden sich in **Modell A** signifikant untereinander, der Anteil der Makrovarianz beträgt 10,1% und ist damit geringer als beim sozialen Kapital. Kontextbedingungen auf Länderebene scheinen beim sozialen Netz also weniger bedeutsam als beim sozialen Kapital zu sein. In **Modell B** zeigt sich, dass die Häufigkeit privater Kontakte ausserhalb der Kernfamilie unabhängig vom Geschlecht ist, aber stark vom Alter beeinflusst wird: Je älter, umso seltener werden private Kontakte gepflegt. Die Schulbildung hat in diesem Modell erstaunlicherweise einen negativen Zusammenhang: je höher die Schulbildung, umso weniger oft werden soziale Kontakte ausserhalb der Kernfamilie gepflegt. Markant ist wiederum die Erklärungskraft der Höhe des Einkommens: je schlechter die finanzielle Lage, umso seltener werden Kontakte mit befreundeten Personen, Bekannten und Verwandten ausserhalb der Kernfamilie gepflegt. Die Unterschiede zwischen den Ländern bleiben auch bei Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischen Variablen signifikant. Der Anteil der Makrovarianz reduziert sich durch diese individuellen Parameter nur gering auf 9%.

Im **Modell C** wurde wiederum der durchschnittliche Wohlstand der Bevölkerung (TIV) und der GINI-Koeffizient in das Modell einbezogen. Der durchschnittliche Wohlstand zeigt einen positiven Zusammenhang: je reicher die Bevölkerung im Schnitt ist, umso mehr Kontakte werden gepflegt. Der GINI-Koeffizient weist keine signifikante Erklärungskraft auf. Durch den Einbezug des Wohlstands auf Länderebene reduziert sich nun die Makrovarianz auf nur noch 5% der gesamten Varianz.

Tabelle 6.5 Ergebnisse der Multilevel Analysis mit Random Intercept zur Erklärung der Häufigkeit privater Kontakte mit Verwandten, Freunden und Bekannten abhängig von Variablen auf der Individual- und der Makroebene: Parameterschätzungen, Standardabweichung, Chisq, Signifikanzniveau; Analyse mit MlwiN; Schätzmethode: IGLS

Parameter	Modell A		Modell B		Modell C	
	Schätzung (Std)	Chisq (p)	Schätzung (Std)	Chisq (p)	Schätzung (Std)	Chisq (p)
Fixiert:						
Intercept	4.933	0.121	5.101	0.112	5.106	0.081
Frauen			0.031	0.016	3.7...	0.031 0.016 3.7...
Alter			-0.399	0.008	2284.7***	-0.399 0.008 2284.1***
Schulbildung			-0.032	0.009	12.8***	-0.032 0.009 12.7***
Einkommen:						
bewältigbar			-0.185	0.020	84.4***	-0.184 0.020 83.8***
schwierig			-0.422	0.027	249.1***	-0.420 0.027 247.0***
sehr schwierig			-0.534	0.036	214.6***	-0.530 0.036 211.8***
Länder: TIV					0.013	0.003 16.6***
Länder: GINI					0.082	0.087 0.9 ...
Variierend:						
Varianz Makro	0.247	0.085	8.4 **	0.207 0.071	8.4 **	0.104 0.036 8.3 **
Varianz Mikro	2.188	0.017		2.009 0.016		2.009 0.016
Maximum Likelihood	115575			110992		110981
Verbesserung des Fit des Modells				4583 (df=6) p=.000		12 (df=2) p=.002
Anteil Makro-varianz	10.1%			9.3%		4.9%

Quelle: European Social Survey 2011 – ungewichtete Daten

© Obsan 2014

Erlebte Einsamkeit

Die letzten Modelle analysieren eine wichtige evaluative Komponente des sozialen Netzes, die Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen (1=«nie oder fast nie»; 4=«immer oder fast immer»). In **Modell A** zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Ländern, der mit einem Anteil von 4,2% deutlich geringer ausfällt als bei den anderen Indikatoren der sozialen Ressourcen. In **Modell B** erkennt man einen deutlichen Geschlechter- und Alterseffekt: Frauen fühlen sich öfter einsam. Auch mit zunehmendem Alter nimmt die Einsamkeit deutlich zu. Hingegen schützt eine höhere Schulbildung vor Einsamkeit. Der Zusammenhang mit der finanziellen Lage ist auch bei der Einsamkeit stark ausgeprägt: Je prekärer die finanzielle Lage, umso häufiger fühlen sich Menschen einsam. Im Modell B zeigt sich noch immer ein signifikanter, wenn auch äusserst geringer Unterschied zwischen den Ländern. Durch die Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischen Unterschieden wurde die Makrovarianz auf 1.6% reduziert.

Tabelle 6.6 Ergebnisse der Multilevel Analysis mit Random Intercept zur Erklärung der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen abhängig von Variablen auf der Individual- und der Makroebene: Parameterschätzungen, Standardabweichung, Chisq, Signifikanzniveau; Analyse mit MLwiN; Schätzmethode: IGLS

Parameter	Modell A		Modell B		Modell C	
	Schätzung (Std)	Chisq (p)	Schätzung (Std)	Chisq (p)	Schätzung (Std)	Chisq (p)
Fixiert:						
Intercept	1.386	0.035	1.212	0.022	1.213	0.020
Frauen			0.072	0.007	96.2***	0.072 0.007 96.2***
Alter			0.067	0.004	302.8***	0.067 0.004 302.7***
Schulbildung			-0.027	0.004	44.0***	-0.027 0.004 44.2***
Einkommen:						
bewältigbar			0.095	0.009	106.0***	0.094 0.009 103.7***
schwierig			0.319	0.012	679.5***	0.317 0.012 669.9***
sehr schwierig			0.623	0.017	1394.8***	0.620 0.017 1377.6***
Länder: TIV					-0.002	0.001 6.1 *
Länder: GINI					-0.009	0.020 0.2...
Variierend:						
Varianz Makro	0.020	0.007	8.3 **	0.007	0.003	7.9 **
Varianz Mikro	0.457	0.004		0.421	0.003	0.421 0.003
Maximum Likelihood	65276			61722		61717
Verbesserung des Fit des Modells				3554		5
				(df=6) p=.000		(df=2) p=.082
Anteil Makrovarianz	4.2%			1.6%		1.1%

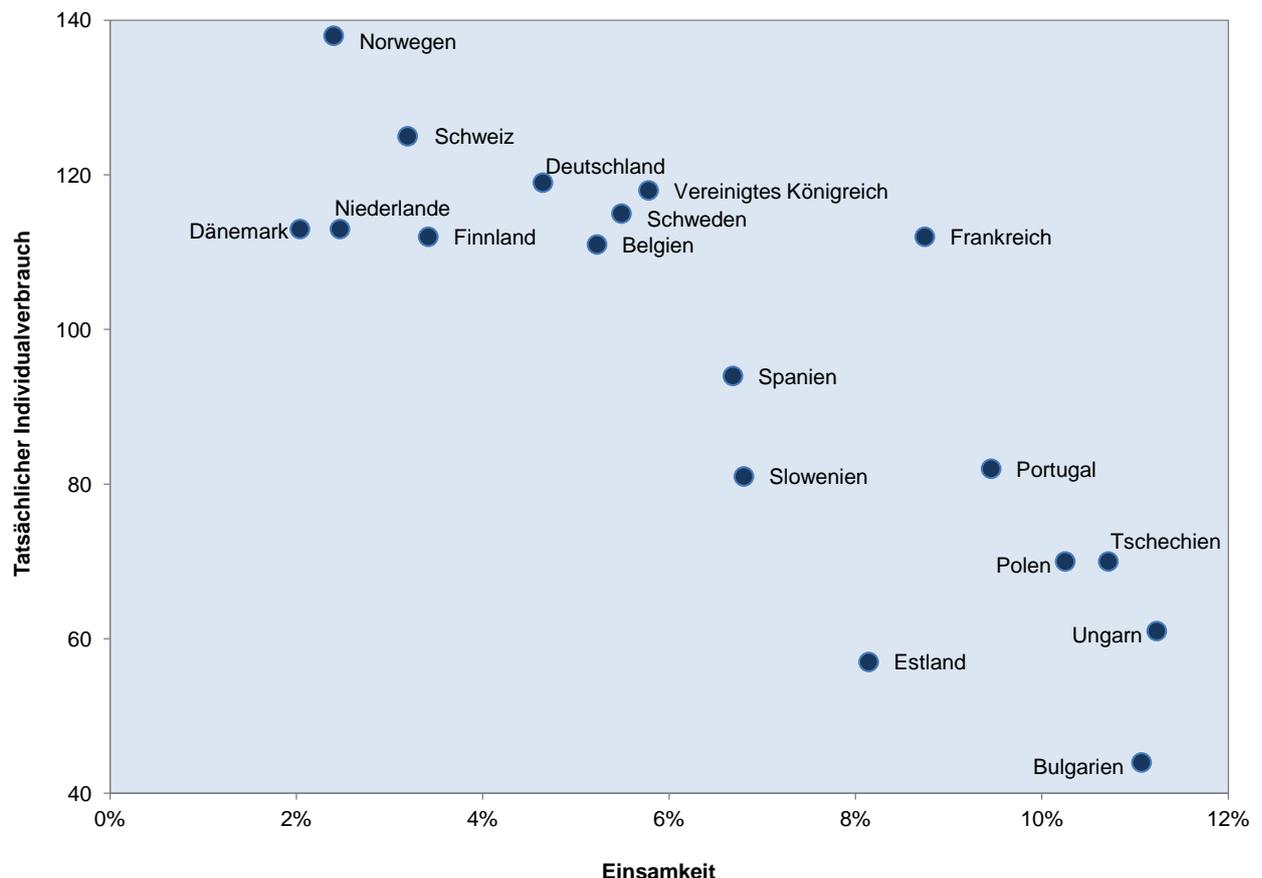
Quelle: European Social Survey 2011 – ungewichtete Daten

© Obsan 2014

Der durchschnittliche Wohlstand der Bevölkerung (**Modell C**) erklärt nochmals einen signifikanten Anteil an der Gesamtvarianz und reduziert den Unterschied zwischen den Ländern auf 1,1%, was nicht mehr signifikant ist. Die beobachteten Unterschiede zwischen den europäischen Ländern in der Einsamkeit können also zum grössten Teil auf sozio-ökonomische Unterschiede der Bevölkerung (insbesondere finanzielle Lage) zurückgeführt werden.

In der folgenden Abbildung ist der Anschaulichkeit halber der Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Wohlstand der Haushalte eines Landes (Mittelwert TIV) und dem prozentualen Anteil der Bevölkerung, die unter Einsamkeit leiden, dargestellt.

Abbildung 6.11 Grafischer Zusammenhang zwischen dem Mittelwert des Tatsächlichen Individualverbrauchs (TIV) pro Land und dem Anteil von Personen in Prozent, die sich oft einsam fühlen in verschiedenen europäischen Staaten (N=18)



Quellen: Eurostat 2011 – European Social Survey 2011

© Obsan 2014

6.5 Zusammenfassung und Diskussion

Die Schweiz weist im europäischen Vergleich ein hohes Ausmass an sozialen Ressourcen auf. Dies trifft sowohl für das soziale Kapital wie auch verschiedene Indikatoren des sozialen Netzes und die erlebte Einsamkeit zu.

Innerhalb von Europa zeigen sich erstaunlich grosse Divergenzen zwischen den Ländern des Nordens mit der stärksten Ausprägung an sozialen Ressourcen bis zu den Ländern des Südens, Südostens und Ostens mit deutlich geringeren sozialen Ressourcen. Dieses geografische Muster ist mehr oder weniger identisch, ob es sich nun um das soziale Netz, die erlebte Einsamkeit oder das soziale Kapital der Bevölkerung handelt. Die Sprachregionen der Schweiz verhalten sich bezüglich der sozialen Ressourcen ihrer Bevölkerungen recht homogen, wenn man sie in den europäischen Kontext stellt. Die These, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner der Romandie eher wie französische Bürgerinnen und Bürger verhalten, was die sozialen Ressourcen angeht, und die Deutschschweizer Bevölkerung ähnlich wie diejenige Deutschlands, kann hier nicht bestätigt werden. Die Zugehörigkeit zu einer Sprachkultur scheint weniger wichtig zu sein als andere Determinanten der Entstehung sozialer Ressourcen.

Die gefundenen Unterschiede zwischen den europäischen Ländern können verschiedene Ursachen haben. Mittels Mehrebenen-Varianzanalyse wurde untersucht, ob diese markanten Unterschiede in den sozialen Ressourcen verschiedener europäischer Staaten auf Kompositions- oder Kontexteffekt zurückgeführt werden können. Die Ergebnisse zeigen zusammenfassend, dass vor allem die finanziel-

le Lage, in der sich die Bevölkerung befindet, die Unterschiede zwischen den Ländern zu erklären vermag. Dies stimmt sowohl für den Indikator, der auf der individuellen Ebene gemessen wurde (Prekarität der finanziellen Lage) wie auch für den durchschnittlichen Wohlstand der Haushalte eines Landes (Mittelwert TIV eines Landes). Mit anderen Worten: In den Ländern des Südens, Südostens und Ostens von Europa mit durchschnittlich tiefem Wohlstand und einem hohem Anteil an Personen in einer prekären finanziellen Lage sind viele Menschen einsam, haben seltener eine Vertrauensbeziehung, pflegen wenig private Kontakte ausserhalb der Familie, misstrauen den Mitmenschen wie auch ihrer Regierung eher. Dieser Zusammenhang bleibt bestehen, auch wenn Alter, Geschlecht und die Schulbildung statistisch kontrolliert werden. Hingegen zeigt das Ausmass der Ungleichheit in der Verteilung des Einkommens in diesen multivariaten Modellen keinen Zusammenhang mit den sozialen Ressourcen der Bevölkerung.

Die Erklärung von sozio-ökonomischen Unterschieden in den sozialen Ressourcen beruhte bisher stark auf der Annahme, dass die **relative Armut** verantwortlich sei für die Stärke der sozialen Ressourcen. Das impliziert, dass die absolute Höhe des Einkommens weniger bedeutsam ist als der Vergleich des eigenen Einkommens mit der finanziellen Situation von befreundeten oder benachbarten Personen, etc. Diese These geht davon aus, dass Menschen, die weniger begütert sind als ihr soziales Umfeld aus Schamgefühlen wenig Kontakt pflegen oder keine Hilfe annehmen können. Mit anderen Worten: Der wohlhabendste Dorfbewohner in einem armen bulgarischen Dorf sollte ein grosses soziales Netz haben, gut unterstützt sein und sich kaum einsam fühlen, unabhängig davon, wie hoch der Wohlstand in diesem Dorf in absoluten Werten gemessen ist. Als «Armer» unter «Armen» zu leben, sollte dieser Theorie entsprechend kein Handicap für Freundschaften, soziale Kontakte und das allgemeine Vertrauen sein.

Unsere Ergebnisse widersprechen nun dieser These zumindest, was die hier untersuchten europäischen Länder betrifft. **Absolute Armut**, eine prekäre finanzielle Lage und der durchschnittliche Wohlstand eines Landes stehen in einem starken Zusammenhang mit den sozialen Ressourcen.

Dieses Ergebnis wirft gleichzeitig auch Fragen auf. So ist mit den gefundenen Korrelationen innerhalb dieser Querschnittdaten nicht möglich, eine Aussage über Ursache und Wirkung zu machen.

- Aus den theoretischen Arbeiten und den empirischen Ergebnissen zur Entstehung von sozialen Netzen und sozialer Unterstützung auf der Ebene der Individuen wird vor allem die Wirkungsrichtung «Armut macht einsam» postuliert.
- Aus den Arbeiten zum sozialen Kapital und der Frage, wie sich soziale Ressourcen auf der Ebene von Gesellschaften verhalten, wird hingegen auch die gegensätzliche These vertreten: Mangelndes soziales Kapital schädigt die wirtschaftliche Produktivität und damit den Wohlstand eines Staates.
- Es könnte zudem sein, dass Drittvariablen, die hier nicht untersucht wurden, den starken Zusammenhängen zugrunde liegen. So könnte beispielsweise ein Mangel an Kohärenzsinn oder Selbstwirksamkeit dazu führen, dass Menschen eines Landes vereinsamen und sich der wirtschaftlichen Produktivität entziehen.
- Gehen wir von dem transaktionalen Modell der Entstehung von sozialen Ressourcen aus, dann schliessen sich diese Perspektiven nicht gegenseitig aus: Wohlstand, wirtschaftliche Produktivität, personale und soziale Ressourcen stehen in einem engen wechselseitigen Zusammenhang.

Falls tatsächlich der absolute Wohlstand einen starken Einfluss auf die Bildung von sozialen Kontakten hat, stellt sich ausserdem die Frage, wie dieser Einfluss zustande kommt. Führt finanzielle Prekarität dazu, dass man sich soziale Kontakte schlicht nicht leisten kann, zum Beispiel, weil man an gesellschaftlichen Anlässen nicht teilnehmen kann? Keine Ressourcen für Mobilität hat? Oder die Zeit für die Pflege von Beziehungen fehlt? Oder sind die Kontextbedingungen in armen Regionen für die Pflege sozialer Kontakte eher hemmend ausgestaltet, so dass sich beispielsweise ein hoher Anteil der Bevölkerung nur in den eigenen vier Wänden sicher fühlt?

Die wirtschaftliche Situation eines Landes scheint innerhalb von Europa in jedem Fall eng mit der sozialen Integration seiner Bevölkerung verbunden zu sein:

«Wirtschaftliche Rahmenbedingungen erzeugen Muster sozialer Ausgrenzung, indem sie die Chancenstruktur der Individuen einschränken, an zentralen gesellschaftlichen Bereichen der Erwerbstätigkeit, des Familienlebens und der Einbindung in Nachbarschaft und Gemeinden zu partizipieren.» (Berkman & Melchior, 2008, 86)

Es wäre sicherlich sehr wertvoll, in einer vertiefenden Analyse der Frage des ursächlichen Zusammenhangs von Wohlstand resp. Armut und sozialer Integration nachzugehen. Unser Bericht verweist dabei auf zwei Aspekte, die bisher noch zu wenig untersucht wurden: die Bedeutung der absoluten Armut im Vergleich zur relativen Armut sowie die gleichzeitige und wahrscheinlich sich gegenseitig verstärkende Wirkung der finanziellen Lage auf der individuellen *und* der kontextualen Ebene.

7 Literaturverzeichnis

- Bachmann, N. (1998). Die Entstehung von sozialen Ressourcen abhängig von Individuum und Kontext. Ergebnisse einer Multilevel-Analyse. Texte zur Sozialpsychologie, Bd. 3. Münster: Waxmann.
- Bachmann, N., Neuhaus, M., Baer, N., Binder, J., & Spörri, A. (2010). Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt.: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Barbee, A. P., Cunningham, M. R., Winstead, B. A., Derlega, V. J., Gulley, M. R., Yankeelov, P. A., & Druen, P. B. (1993). Effects of gender role expectations on the social support process. *Journal of Social Issues*, 49, 175-190.
- Barrera, M. & Baca, L.M. (1990). Recipient reactions to social support: contributions of enacted support, conflicted support and network orientation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 541-551.
- Barrera, M. Jr. (2000). Social support research in community psychology. In: Rappaport, J. & Seidman, E.. (Eds.). *Handbook of Community Psychology*. NY: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 215-245.
- Bell, R. A. (1991). Gender, friendship network density, and loneliness. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 45-56.
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman, L. & Kawachi, I. (Eds.). *Social Epidemiology*. Oxford: University Press, 137- 173.
- Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berkman, L. F., & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L., & Melchior, M. (2008). Ein Modell für zukünftige Entwicklungen - wie Sozialpolitik durch Beeinflussung von gesellschaftlicher Integration und Familienstruktur die Gesundheit fördert. In J. Siegrist & M. Marmot (Eds.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. (pp. 77-98). Bern: Hans Huber.
- Bloom, B. L., Asher, S. J., & White, S. W. (1978). Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin*, 85, 867-894.
- Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A. D. & Ng, R. (1996). Close relationships and adjustment to a life crisis. The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 283-294.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Ed.), *Soziale Ungleichheiten*. (pp. 183-198). Göttingen: Hogrefe.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bundesamt für Gesundheit (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. *Gesundheit 2020*. (Download im Mai 2013 von www.gesundheit2020.ch).
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock.
- Brugha, T. S., Weich, S., Singleton, N., Lewis, G., Bebbington, P. E., Jenkins, R., & Meltzer, H. (2005). Primary group size, social support, gender and future mental health status in a prospective study of people living in private households throughout Great Britain. *Psychological Medicine*, 35(5), 705-714.
- Burton-Jeangros, C. & Rinaldi, J.-M. (2009). Allein erziehende Mütter und Gesundheit. In: Meyer, K. (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Huber, 73-87.

- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and stress: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 108-123.
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine* 52, 1501–1516
- Cheng, S. T., & Chan, A. C. (2006). Social support and self-rated health revisited: is there a gender difference in later life? *Social Science & Medicine*, 63(1), 118-122.
- Christoforou, A. Social Capital Across European Countries: Individual and Aggregate Determinants of Group Membership. *American Journal Of Economics & Sociology* [serial online]. July 2011;70(3):699-728. Available from: SocINDEX with Full Text, Ipswich, MA. Accessed January 19, 2012.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coleman, J. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Cutrona, C. E. (1986). Behavioral manifestations of social support: A microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 201-208.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., . . . Group, O. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression: a multi-national community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 444-451.
- Dickens, C. M., McGowan, L., Percival, C., Douglas, J., Tomenson, B., Cotter, L., . . . Creed, F. H. (2004). Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction. *Heart*, 90(5), 518-522.
- Dickens, C. M., McGowan, L., Percival, C., Douglas, J., Tomenson, B., Cotter, L., . . . Creed, F. H. (2004). Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction. *Heart*, 90(5), 518-522.
- Diewald, M. (1991). *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken*. Berlin: Edition Sigma.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan.
- Elgar, F. J. (2010). Income inequality, trust, and population health in 33 countries. *American Journal of Public Health*, 100, 2311-2315.
- EUROSTAT. (2012). BIP pro Kopf in Kaufkraftstandards. Bis zu sechsfache Unterschiede beim BIP pro Kopf in den Mitgliedstaaten im Jahr 2011. EUROSTAT Pressemitteilung. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Lamb, R., & Shipley, M. (1988). Social relationships and psychological well-being in rheumatoid arthritis. *Social Science & Medicine*, 27(4), 399-403.
- Fleming, R., Baum, A., & Singer, J. E. (1985). Social support and the physical environment. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. (pp. 327-346). New York: Academic Press.

- Freitag, M. (2000). Soziales Kapital und Arbeitslosigkeit. Eine empirische Analyse zu den Schweizer Kantonen. *Zeitschrift für Soziologie*, 29(3), 186-201.
- Freitag, M. (2001). Das soziale Kapital der Schweiz: vergleichende Einschätzungen zu Aspekten des Vertrauens und der sozialen Einbindung. *Swiss Political Science Review*, 7(4), 87-117.
- Freitag, M. (2003). Beyond Tocqueville: The Origins of Social Capital in Switzerland. *European Sociological Review*, 19(2), 217-232.
- Freitag, M. (2004). Schweizer Welten des Sozialkapitals. Empirische Untersuchungen zum sozialen Leben in Regionen und Kantonen. *Swiss Political Science Review*, 10(2), 87-118.
- Freitag, M., & Kirchner, A. (2011). Social Capital and Unemployment: A Macro-Quantitative Analysis of the European Regions. *Political Studies*, 59, 389-410.
- Fuhrer, R., & Stansfeld, S. A. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from «close persons». *Social Science & Medicine*, 54(5), 811-825.
- Fuhrer, R., & Stansfeld, S. A. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from «close persons». *Social Science & Medicine*, 54(5), 811-825.
- Gallicchio, L., Hoffman, S. C., & Helzlsouer, K. J. (2007). The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Quality of Life Research*, 16(5), 777-786.
- Gazareth, P., & Modetta, C. (2006). *Intégrations et réseaux sociaux. Déterminants de l'isolement social en Suisse*. Neuchâtel: OFS.
- Gottlieb, B. H. (1985). Social networks and social support: An overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly*, 12, 5-22.
- Grabowicz, P. A., Ramasco, J. J., Moro, E., Pujol, J. M., & Eguiluz, V. M. (2012). Social features of online networks: the strength of intermediary ties in online social media. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 7(1), e29358.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54(12), 1389-1398.
- Hornung, R., & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Eds.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (pp. 65-87). Stuttgart: Enke.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- House, J., Robbins, C., & Metzner, H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal Of Epidemiology*, 116(1), 123-140.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980a). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In: Baltes, P.B. & Brim, O.G. (Eds.). *Life span development and behavior*. New York: Academic Press, 253 - 286.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980b). Convoys of social support: A life course approach. In: Kiesler, I. B., Morgan, J. N. & Oppenheimer, V. K. (Eds). *Aging*. New York: Academic Press, 383-405.
- Kaplan, G. A., Salonen, J. T., Cohen, R. D., Brand, R. J., Syme, S. L., & Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128(2), 370-380.

- Kaplan, R. M., & Hartwell, S. L. (1987). Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with type II diabetes mellitus. *Health Psychology, 6*(5), 387-398.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Ascherio, A., Rimm, E. B., Giovannucci, E., Stampfer, M. J., & Willett, W. C. (1996). A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health, 50*, 245-251.
- Kawachi, I. & Kennedy, B. P. (1997). The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter? *Social Science and Medicine, 45*, 1121-1127.
- Kawachi, I. (2000). Income inequality and health. In: Berkman, L. F., Kawachi, I. (Eds.) *Social Epidemiology*. Oxford: University Press, 76 - 94.
- Kearns, R., Neuwelt, P. M., Hitchman, B., & Lennan, M. (1997). Social support and psychological distress before and after childbirth. *Health and Social Care in the Community, 5*(5), 296-308.
- Kickbusch, I. & Engelhardt, K. (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: Meyer, K. (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Huber, 19-33.
- Kickbusch, I., Ospelt-Niepelt, R. & Seematter, L. (2009). Alter. In: Meyer, K. (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Huber, 123-145.
- Kiesler, S., Seigel, J., & McGuire, T. W. (1984). Social and psychological aspects of Computer-Mediated Communication. *American Psychologist, 39*, 1123-1134.
- Kumar, S., Calvo, R., Avendano, M., Sivaramakrishnan, K., & Berkman, L. F. (2012). Social support, volunteering and health around the world: cross-national evidence from 139 countries. *Social Science & Medicine, 74*(5), 696-706.
- L., B., & Breslow, L. (1983). *Health and Ways of Living. The Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
- Leu, R. E., Burri, S. & Priester T. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern: Haupt.
- Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T., Keck, P. E., Jr., McElroy, S. L., . . . Post, R. M. (2003). Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(5), 506-515.
- Levy, S. M., Herberman, R. B. Whiteside, T., Sanzo, K. Lee, J. & Kirwood, J. (1990). Perceived social support and tumor estrogen / progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine, 52*, 73-85.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper.
- Lüdemann, C. & Peter, S. (2007). Kriminalität und Sozialkapital im Stadtteil. Eine Mehrebenenanalyse zu individuellen und sozialräumlichen Determinanten von Viktimisierungen. *Zeitschrift für Soziologie, 36*, 25-42.
- Lynch, S. A. (1998). Who supports whom? How age and gender affect the perceived quality of support from family and friends. *Gerontologist, 38*(2), 231-238.
- Marques, L., Weingarden, H. M., LeBlanc, N. J., Siev, J., & Wilhelm, S. (2011). The relationship between perceived social support and severity of body dysmorphic disorder symptoms: the role of gender. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 33*(3), 238-244.
- Matthews, S., Stansfeld, S., & Power, C. (1999). Social support at age 33: the influence of gender, employment status and social class. *Social Science & Medicine, 49*(1), 133-142.
- McKenna, K., Green, A. S., & Gleason, M. (2002). Relationship formation on the Internet: What is the big attraction? *Journal of Social Issues, 58*, 9-31.

- Mesch, G. S., & Talmud, I. (2007). Similarity and the Quality of Online and Offline Social Relationships Among Adolescents in Israel. *Journal of Research on Adolescence*, 17(2), 455-466.
- Morabia, A., Loew, F. & Takla, H. (1986). Medical care and social support for the elderly in Switzerland: Imbalance and mix. *Social Science and Medicine*, 23, 1327-1332.
- Oakley, A., Rigby, S. S., & Hickey, D. (1994). Life stress, support and class inequality: Explaining the health of women and children. *European Journal of Public Health*, 4, 81-91.
- Ogden, P. E., & Schnoebelen, F. (2005). The Rise of the Small Household: Demographic Change and Household Structure in Paris. *Population, Space and Place*, 11, 251-268.
- Orth-Gomér, K., & Johnson, J. (1987). Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal Of Chronic Diseases*, 40(10), 949-957.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, 16, 483-491.
- Poder T. (2011). What is Really Social Capital? A Critical Review. *American Sociologist*, 42, 341-367.
- Putnam, R. D. (1999). Demokratie in Amerika am Ende des 20. Jahrhunderts. In: Friedrich Wilhelm Graf et al. (Hrsg). *Soziales Kapital in der Bürgergesellschaft*. Stuttgart: Kohlhammer, 21 - 70.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone : The Collapse and Revival of American Community*. New York : Simon & Schuster.
- Rasbash, J., Steele, F., Browne, W. J., Goldstein, H. (2012). *A User's Guide to MLwiN*. Version 2.26. Bristol: Centre für Multilevel Modelling, University of Bristol.
- Rodriguez-Laso, A., Zunzunegui, M. V., & Otero, A. (2007). The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European community: a cohort study. *BMC Geriatrics*, 7, 19.
- Rodriguez-Laso, A., Zunzunegui, M. V., & Otero, A. (2007). The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European community: a cohort study. *BMC Geriatrics*, 7, 19.
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Beltz.
- Rothstein, B. & Uslaner, E. (2005). All for all: Equality, corruption, and social trust. *World Politics*, 58, 41-72.
- Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2006). *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.
- Rosenthal, K. R., Gesten, E. L., & Shiffman, S. (1986). Gender and sex roles differences in the perception of social support. *Sex Roles*, 9, 481-499.
- Rowlingson, K. (2011). Does income inequality cause health and social problems? Report, Joseph Rowntree Foundation (<http://www.jrf.org.uk>).
- Sampson, E. L., Bulpitt, C. J., & Fletcher, A. E. (2009). Survival of community-dwelling older people: the effect of cognitive impairment and social engagement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(6), 985-991.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R. & Sarason, B. R. (1990). Social support and interactional processes: a triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 495-506.
- Saurer, M. K., & Eisler, R. M. (1990). The role of masculine gender role stress in expressivity and social support network factors. *Sex Roles*, 23, 261-271.
- Schoenbach, V., Kaplan, B., Fredman, L., & Kleinbaum, D. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal Of Epidemiology*, 123(4), 577-591.
- Solsona, M. (1998). The Second Demographic Transition from a Gender Perspective. *Innovation: The European Journal of Social Sciences*, 11(2), 211-225.

- Bundesamt für Statistik (2008). Haushaltsszenarien. Entwicklung der Privathaushalte zwischen 2005 und 2030. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Steptoe, A., Lundwall, K. & Cropley, M. (2000). Gender, family structure and cardiovascular activity during the working day and evening. *Social Science and Medicine*, 50, 531-539.
- Suter, C., Iglesias, K. & Oegerli, T. (2004). Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung. In: Zimmermann, E. & Tillmann, R. (Hrsg.). *Leben in der Schweiz 1999 - 2000. Ein Jahr im Leben der Schweizer Familien und Haushalte*. Bern: Peter Lang, 131-157.
- Turner, H. A. (1994). Gender and social support: Taking the bad with the good? *Sex Roles*, 30(521-541).
- Turner, R. J., Grindstaff, C. F., & Philipps, N. (1990). Social support and outcome in teenage pregnancy. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 43-57.
- Uchino, B. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal Of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: a visit with the «ghosts» of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, 74(7), 949-957.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. New York: Praeger.
- Vaux, A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 507-518.
- Whiteley, P. (1999). The Origins of Social Capital. In: Deth, J. Van, Maraffi, M., Newton, K., and Whiteley, P. (eds.). *Social Capital and European Democracy*. London: Routledge, 25-44.
- Whiteley, P. (2000). Economic Growth and Social Capital. *Political Studies*, 48, 443-466.
- Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, 304, 165-168.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. G. (2005). *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. London: The New Press.
- Woolcock, M. (1998). Social Capital and Economic Development: Towards a Theoretical Synthesis and Policy Framework. *Theory and Society*, 27, 151-208.
- Zhang, Y., & Epley, N. (2009). Self-centered social exchange: differential use of costs versus benefits in prosocial reciprocity. *Journal of Personality & Social Psychology*, 97(5), 796-810.

8 Anhang

8.1 Beschreibung der Datenquellen und verwendeten Variablen

Datenquellen zu den sozialen Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung

Im Folgenden werden die Datenquellen vorgestellt, welche Aussagen zu verschiedenen Aspekten und Dimensionen von sozialen Ressourcen in der Schweizer Bevölkerung erlauben. Dabei werden wir auch darauf eingehen, welche Operationalisierungen von sozialen Ressourcen zur Verfügung stehen und wo allenfalls gravierende Lücken in den bestehenden Daten bestehen.

Schweizer Haushaltspanel (SHP)

Die Erhebung des Schweizer Haushaltspanels (SHP) startete im Jahr 1999 mit einer Stichprobe von 5 074 Haushalten beziehungsweise 12 931 Haushaltsmitgliedern. Im Jahr 2004 wurde eine zweite Stichprobe von 2 538 Haushalten und 6 569 Individuen hinzugefügt. Das wichtigste Ziel des SHP ist die Beobachtung des sozialen Wandels und insbesondere der Lebensbedingungen der Bevölkerung in der Schweiz. Es handelt sich um eine jährlich wiederholte Panelstudie (Längsschnittstudie), die eine Zufallsstichprobe von Haushalten in der Schweiz begleitet und deren Mitglieder interviewt. Verantwortlich für die Durchführung der SHP ist FORS, das Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften³⁶. Das SHP erhebt neben vielen anderen Themen auch verschiedene Variablen im Bereich soziale Ressourcen, die sich hauptsächlich mit dem sozialen Netz und der sozialen Unterstützung befassen.

Die Befragten machen Angaben zum Vorhandensein von bestimmten Beziehungen (Anzahl Personen, mit denen man eine gute und enge Beziehung hat) und zur Kontakthäufigkeit (nie / einmal pro Monat / 2-3 Mal pro Monat / 1-mal pro Woche / mehrmals wöchentlich / täglich) mit diesen Personen in sechs verschiedenen Teilnetzen:

1. Partnerschaft und Zusammenleben mit anderen Personen im selben Haushalt
2. Eigene Kinder, die ausserhalb des eigenen Haushalts leben.
3. Verwandtschaft
4. Nachbarschaft
5. Freundinnen und Freunde
6. Arbeits- und Freizeitkolleginnen und Kollegen

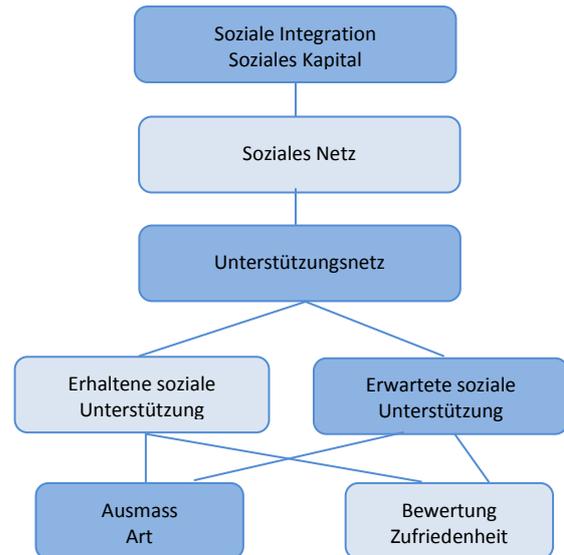
Dann werden die Teilnehmenden am SHP ebenfalls gebeten anzugeben, wie gross die potenzielle praktische und emotionelle Unterstützung ist, die sie bei Bedarf von den verschiedenen Teilnetzen erhalten können (11-stufige Skala von 0=überhaupt keine Unterstützung bis 10=sehr viel Unterstützung). Ebenfalls erfragt wird mit einem Item die allgemeine Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen (11-stufige Skala von 0=überhaupt nicht zufrieden bis 10=vollumfänglich zufrieden). Dann wurde auch das allgemeine Vertrauen in Menschen erfragt, was ein Teilaspekt des sozialen Kapitals darstellt. «Würden Sie sagen, dass man den meisten Menschen vertrauen kann, oder kann man im Umgang mit anderen Menschen nie vorsichtig genug sein?» (11-stufige Skala von 0=man kann nie vorsichtig genug sein bis 10=man kann den meisten Menschen vertrauen). Als letzte Komponenten sozialer Ressourcen wurden Fragen zur Mitgliedschaft in verschiedenen Vereinen oder sozialen Organisationen gestellt.

³⁶ Siehe dazu: www.swisspanel.ch

Das Schweizer Haushaltspanel ist für diesen Bericht insofern eine sehr wertvolle Datenquelle, dass sie eine der wenigen longitudinal angelegten Erhebungen darstellt und da sie viele weitere Bereiche des sozialen Lebens erfasst, die mit den sozialen Ressourcen in Verbindung gebracht werden können. Wie bei allen Erhebungen, deren Fragen lediglich in den Amtssprachen der Schweiz vorliegen, sind Migrantinnen und Migranten mit mangelnden Sprachkenntnissen, nicht adäquat abgebildet.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass im SHP die folgenden Aspekte sozialer Ressourcen erhoben werden:

- Soziales Kapital in Form des Vertrauens in die Mitmenschen und in der Mitgliedschaft in Vereinen und weiteren Organisationen.
- Art, Grösse, Intensität des (Unterstützungs-)³⁷ Netzwerks und Zufriedenheit mit den Beziehungen
- Art und Menge der erwarteten Unterstützung pro Teilbereich des Netzwerks (praktische und emotionale Unterstützung)



Weitere Informationen unter: <http://www2.unil.ch/fors/spip.php?rubrique22&lang=de>

European Social Survey (ESS)

Der European Social Survey (ESS) ist eine grosse Erhebung, die seit 2002 alle zwei Jahre durchgeführt wird. Das Ziel ist es, statistische Daten zur Entwicklung und zur Veränderung der Werte, Haltungen und Einstellungen der Bevölkerung in verschiedenen europäischen Ländern zu erhalten. Sie wird gleichzeitig in 30 Ländern durchgeführt. Der ESS wurde von der Europäischen Wissenschaftsstiftung initiiert und wird vom Centre for Comparative Social Surveys der City University in London europaweit koordiniert. Die Besonderheit und gleichzeitig die Stärke dieser Studie liegt in der methodischen Strenge, die angewandt wurde, mit dem Ziel Daten zu erhalten, die international wirklich vergleichbar sind.

Grundgesamtheit ist die jeweilige Wohnbevölkerung, die älter als 15 Jahre ist. Es handelt sich um eine Zufallsstichprobe, die für die jeweilige Bevölkerung repräsentativ ist. Die Daten wurden gewichtet. Bei der fünften Erhebungswelle, die 2010 / 2011 stattfand, wurden in der Schweiz insgesamt 1 506 Personen erfasst. Die Daten können nach den sieben Grossregionen (Région lémanique, Espace Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz, Zentralschweiz und Ticino) aufgeschlüsselt analysiert werden und mit insgesamt 29 weiteren europäischen Ländern verglichen werden.

Es wurde nach dem allgemeinen Vertrauen in die Mitmenschen gefragt und nach der Erwartung, dass andere Menschen hilfsbereit oder eher egoistisch sind. Dann wurde gefragt, wie oft man andere Personen aus sozialen Gründen trifft, das heisst nicht aus beruflichen Gründen oder, weil man gezwungen ist, dazu (7-stufige Skala von nie=1 bis täglich=7). Eine weitere Frage betrifft das Vorhandensein einer Vertrauensperson (1=ja; 2=nein). Die letzte Frage betrifft die persönliche Beurteilung der sozialen Aktivitäten im Vergleich zu anderen Menschen des gleichen Alters (1= viel weniger aktiv bis 5=viel mehr aktiv).

³⁷ Es handelt sich u. E. nicht um das soziale Netz per se, da nur enge und gute Beziehungen erfasst werden, was eher dem Konzept des Unterstützungsnetzwerks entspricht.

Die ESS bietet für den vorliegenden Bericht Daten zu sozialen Ressourcen, die einen Vergleich der Schweiz mit anderen europäischen Staaten erlauben. Es wurden Variablen zu den Dimensionen Soziales Kapital, Soziales Netz und Unterstützungsnetz erhoben. Insbesondere die Frage nach der Existenz einer Vertrauensperson ist im Hinblick auf die Verbreitung und Ursache von sozialer Isolation für diesen Bericht sehr interessant. Durch den gleichzeitigen Einbezug von weiteren Faktoren, die einen Einfluss auf die sozialen Ressourcen haben - wie beispielsweise dem sozio-ökonomischen Status - lassen sich u. E. wertvolle Fragestellungen im europäischen Vergleich analysieren.

Weitere Informationen unter: <http://www.europeansocialsurvey.org/>

Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) wird vom Bundesamt für Statistik durchgeführt und stellt eine der wichtigsten Datenquelle zur Beurteilung der Gesundheit der erwachsenen Schweizer Bevölkerung dar. Sie ist eine wichtige Ergänzung zu den Informationen über Personen, die wegen Beschwerden und Krankheiten bereits in ärztlicher Behandlung sind. Erfasst wird eine repräsentative Stichprobe der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren, die zu Hause leben. Neben den Fragen zum Gesundheitszustand liefert die SGB auch Informationen über die Determinanten der Gesundheit, über das Gesundheits- und Risikoverhalten, über die Folgen von Krankheiten, die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens u.a. Die SGB wird seit 1992 regelmässig alle fünf Jahre erhoben.

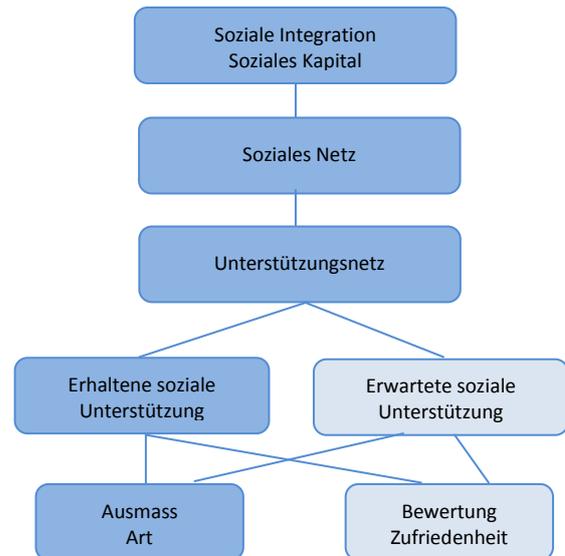
Im Bereich der sozialen Ressourcen wurden in den aktuellsten Daten, die zurzeit verfügbar sind (Erhebung 2007) folgende Variablen erhoben: Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen (vierstufige Skala von 1=sehr häufig bis 4=nie); Vorhandensein einer Vertrauensperson (1= mehrere, 2= eine, 3=keine); Vermissen einer solchen Vertrauensperson (ja, nein); Anzahl Personen, die bei alltäglichen Belangen Hilfe leisten (1=mehrere Personen, 2=eine Person, 3=keine Person); face-to-face Kontakthäufigkeit zu Hause mit Familienmitgliedern (1=täglich bis 5=beinahe nie / nie); face-to-face Kontakthäufigkeit zu Hause mit Freundinnen/Freunden und Bekannten (1=täglich bis 5=beinahe nie / nie); Telefonischer Kontakt mit Familienmitgliedern (1=täglich bis 5=beinahe nie/ nie); telefonischer Kontakt mit Freunden/Freundinnen und Bekannten (1=täglich bis 5=beinahe nie / nie). Schliesslich gibt es auch ein Item, das die Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen erfragt (1=sehr häufig; 4=nie).

Es folgen fünf Items zur erhaltenen sozialen Unterstützung verschiedener Art. Es wird gefragt, ob jemand Unterstützung leistet, falls man das Bett hüten muss (1=nie bis 5=immer); ob jemand zuhört, falls man sich aussprechen möchte (1=nie bis 5=immer); ob jemand in Krisensituationen zur Seite steht (1=nie bis 5=immer); ob jemand die befragte Person gern hat und ihr das Gefühl gibt, geschätzt zu werden (1=nie bis 5=immer); ob jemand die befragte Person in den Arm nimmt (1=nie bis 5=immer). Schliesslich gibt es auch verschiedene Fragen zur Teilnahme an Vereinen und Organisationen. Häufigkeit der Teilnahme an einem Anlass eines Vereins oder einer anderen Organisation (1=täglich bis 6= nie); Teilnahme an einem Verein zur Selbsthilfe bei eigenen Gesundheitsproblemen (ja / nein); Teilnahme an einem Verein zur Selbsthilfe bei Gesundheitsproblemen von Angehörigen (ja / nein).

Eine Problematik der SGB besteht darin, dass der Fragebogen verschiedentlich überarbeitet wurde, um die Qualität der Erhebung zu verbessern, was aber den Nachteil in sich birgt, dass nur wenige Zeitreihenvergleiche möglich sind. Was die sozialen Ressourcen angeht, wurde immerhin ein wichtiger Aspekt sozialer Ressourcen im Abstand von 15 Jahren identisch erhoben.

Vergleich 1992 und 2007: Vertrauensperson (Confidant) und Vermissen einer Vertrauensperson, falls diese fehlt. Vergleich 1997 und 2007: Einsamkeitsgefühl, Vertrauensperson (Confidant) und Vermissen einer Vertrauensperson, falls diese fehlt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die SGB eine Reihe von Variablen zur Struktur und Qualität des sozialen Netzes, zur erhaltenen Unterstützung sowie zur Teilnahme an Vereinigungen enthält. Es handelt sich aus Sicht der Definitionen von sozialen Ressourcen um wichtige Variablen, aber gleichzeitig auch immer nur um beschränkte Ausschnitte aus dem Spektrum der sozialen Ressourcen. Diese Variablen können mit einer Vielzahl anderer Faktoren verglichen werden, was interessante Analysen zur Frage erlaubt, welche Bevölkerungsgruppen gut integriert resp. sozial isoliert sind. Vergleiche über die Zeit sind bei wenigen, aber wichtigen Variablen möglich.



Weitere Informationen unter:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/04.html

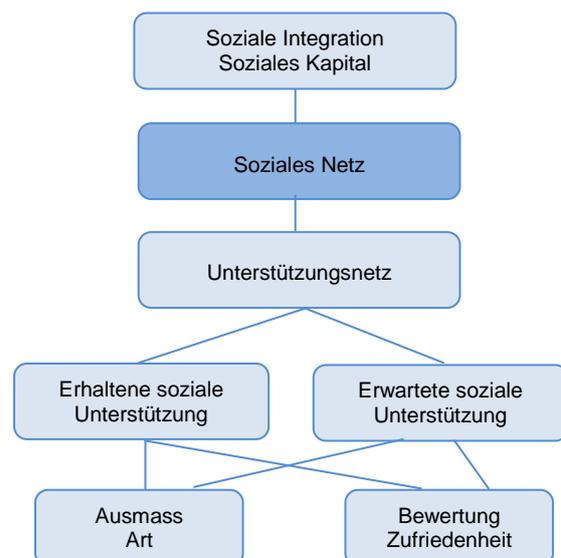
Volkszählung (VZ)

Die Volkszählung, welche in der Schweiz erstmals 1850 erhoben wurde, lieferte bisher alle 10 Jahre Daten zur Struktur und Entwicklung der Wohnbevölkerung. Seit dem Jahr 2010 wird sie nun erstmals jährlich erhoben und basiert grösstenteils auf den Registern der Gemeinden.

Für diesen Bericht sind die Daten der VZ aus drei Gründen besonders interessant:

1. Sie liefert Daten zur Haushaltsstruktur der Wohnbevölkerung.
2. Die Informationen werden unabhängig von den Sprachkenntnissen der Personen erhoben.
3. Es handelt sich um eine Vollerhebung, die regional in fast beliebig kleinen Einheiten ausgewertet werden kann (Kantone, Gemeinden, Ortschaften oder sogar Stadtquartiere).

Mit der Haushaltsstruktur werden Informationen über das primäre soziale Netz der Personen erhoben (Existenz eines Lebenspartners, der im selben Haushalt wohnt; Zusammenleben mit eigenen Kindern oder Eltern). Die Kombination von Altersgruppe, Nationalität und Wohnort im Zusammenhang mit der Verbreitung von Einpersonenhaushalten kann beispielsweise nur mit der Volkszählung kleinräumlich analysiert werden. Und gerade diese kleinräumlichen Daten sind in Bezug auf die Planung der Gesundheitsversorgung oder von sozio-kulturell ausgerichteten Gesundheitsförderungsprojekten von besonderem Interesse.



Weitere Informationen unter:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/02.html>

8.2 Anhang zu Kapitel 3

Tabelle 8.1 Pearson Korrelationskoeffizienten des Zusammenhangs zwischen der täglichen Nutzung des Internets in der Freizeit in Minuten und der Grösse der verschiedenen sozialen Teilnetze bei den 15-24-Jährigen

Korrelationen		Leisure: internet: minutes per day
Soziales Netz: Verwandte	Korrelation nach Pearson	-.011
	Signifikanz (2-seitig)	.625
	N	1821
Soziales Netz: Nachbarn	Korrelation nach Pearson	-.014
	Signifikanz (2-seitig)	.537
	N	1819
Soziales Netz: Freunde	Korrelation nach Pearson	.055*
	Signifikanz (2-seitig)	.020
	N	1820
Soziales Netz: Kollegen	Korrelation nach Pearson	-.002
	Signifikanz (2-seitig)	.935
	N	1803

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Quelle: SHP, FORS 2010

© Obsan 2014

8.3 Anhang zu Kapitel 4

Tabelle 8.2 Mittelwert der erwarteten Unterstützung in den Jahren 2000 und 2010 nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter gruppiert		2000	2010	Veränderung in % des Ausgangs-Werts
15 bis 24 J.	man	7.2765	7.5077	103.2
	woman	7.7109	7.9735	103.4
	Insgesamt	7.4883	7.7438	103.4
25 bis 34 J.	man	7.3859	7.5844	102.7
	woman	7.6511	7.9044	103.3
	Insgesamt	7.5224	7.7587	103.1
35 bis 44 J.	man	7.0814	7.2758	102.7
	woman	7.4039	7.5720	102.3
	Insgesamt	7.2413	7.4465	102.8
45 bis 54 J.	man	6.8619	7.0316	102.5
	woman	7.2142	7.4592	103.4
	Insgesamt	7.0365	7.2678	103.3
55 bis 64 J.	man	6.7898	6.8429	100.8
	woman	6.7914	7.3068	107.6
	Insgesamt	6.7907	7.1060	104.6
65 bis 74 J.	man	6.4615	6.6804	103.4
	woman	6.3675	6.9074	108.5
	Insgesamt	6.4111	6.8074	106.2
75 Jahre und mehr	man	6.4950	6.5036	100.1
	woman	6.0030	6.6949	111.5
	Insgesamt	6.1874	6.6180	107.0
Insgesamt	man	6.9963	7.0952	101.4
	woman	7.1559	7.4342	103.9
	Insgesamt	7.0790	7.2835	102.9

Quelle: SHP, FORS 2000 und 2010 – gewichtete Querschnittsdaten

© Obsan 2014

Tabelle 8.3 Mittelwert der erhaltenen Unterstützung nach Geschlecht, ANOVA (F-Wert und Signifikanz): Altersgruppe 15 bis 24 Jahre

Geschlecht		Erhaltene Unterstützung	Praktische Unterstützung bei Bettlägerigkeit	Emotionale Unterstützung durch Zuhören	Unterstützung in Krisensituationen	Unterstützung durch Wertschätzung	Unterstützung durch Trost
Männer	Mittelwert	4.1031	3.7143	4.2561	4.3100	4.3403	3.8902
	N	577	567	574	571	573	574
	Standardabweichung	.91676	1.40777	1.04134	.96803	.94299	1.26027
Frauen	Mittelwert	4.5010	4.1815	4.5928	4.6193	4.6630	4.4441
	N	641	628	636	633	635	635
	Standardabweichung	.70544	1.19095	.77310	.74124	.74711	1.00218
F-Wert		72.827	38.591	41.274	39.164	43.851	72.161
Signifikanz		.000	.000	.000	.000	.000	.000

a. Altersgruppen = 15 bis 24J.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – ungewichtete Querschnittsdaten

© Obsan 2014

Tabelle 8.4 Multiple lineare Regression³⁸ zur Erklärung der erhaltenen Unterstützung der Männer mit den unabhängigen Variablen: Alter, Schulabschluss, Erwerbssituation, Nationalität, Kontrollüberzeugung und Haushaltstyp

Koeffizienten ^{a,b}						
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			
	(Konstante)	3.824	.045	85.901	.000	
	Alter minus Mwert	-.004	.001	-.081	-5.239	.000
	obligatorischer Abschluss	-.206	.048	-.054	-4.293	.000
	Tertiärabschluss	.133	.025	.067	5.334	.000
	Teilzeit	-.018	.038	-.006	-.484	.628
1	Keinerwerb	-.187	.031	-.086	-6.041	.000
	Allg. Kontrollüberzeugungen	.255	.016	.199	16.275	.000
	Einpersonen HH	-.733	.031	-.326	-23.487	.000
	Paar mit Kind HH	-.190	.031	-.095	-6.079	.000
	Alleinerziehende HH	-.747	.098	-.094	-7.657	.000
	anderer HH	-.336	.077	-.057	-4.343	.000

a. Geschlecht der befragten Person = Männer

b. Abhängige Variable: Skala Unterstützung

Modellzusammenfassung ^a				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.408 ^b	.166	.165	.88064

ANOVA ^{a,b}						
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	
1	Regression	889.730	10	88.973	114.725	.000 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	4455.427	5745	.776		
	Gesamt	5345.157	5755			

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – ungewichtete Daten

© Obsan 2014

³⁸ Durchgeführt mit SPSS, Version 20.0; Prozedur: Regression, Method= Enter (alle unabhängigen Variablen werden gleichzeitig in das Modell eingeschlossen)

Tabelle 8.5 Multiple lineare Regression³⁹ zur Erklärung der erhaltenen Unterstützung der Frauen mit den unabhängigen Variablen: Alter, Schulabschluss, Erwerbssituation, Nationalität, Kontrollüberzeugung und Haushaltstyp

Koeffizienten ^{a,b}						
Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			
	(Konstante)	3.754	.040	93.502	.000	
	Alter minus Mwert	-.010	.001	-.207	-13.538	.000
	obligatorischer Abschluss	-.226	.031	-.086	-7.360	.000
	Tertiärabschluss	.029	.024	.014	1.205	.228
	Teilzeit	.048	.027	.026	1.756	.079
1	Keinerwerb	.011	.030	.006	.382	.702
	Allg. Kontrollüberzeugungen	.271	.013	.233	20.722	.000
	Einpersonen HH	-.301	.026	-.157	-11.745	.000
	Paar mit Kind HH	-.197	.028	-.105	-7.015	.000
	Alleinerziehende HH	-.408	.044	-.111	-9.177	.000
	anderer HH	-.258	.068	-.045	-3.794	.000

a. Geschlecht der befragten Person = Frauen

b. Abhängige Variable: Skala Unterstützung

Modellzusammenfassung ^a				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.361 ^b	.130	.129	.82040

ANOVA ^{a,b}						
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
	Regression	710.118	10	71.012	105.506	.000 ^c
1	Nicht standardisierte Residuen	4736.972	7038	.673		
	Gesamt	5447.091	7048			

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – ungewichtete Daten

© Obsan 2014

³⁹ Durchgeführt mit SPSS, Version 20.0; Prozedur: Regression, Method= Enter (alle unabhängigen Variablen werden gleichzeitig in das Modell eingeschlossen)

8.4 Anhang: Kapitel 6

Tabelle 8.6 Korrelations-Matrix auf Ebene der europäischen Länder: Zusammenhang zwischen dem mittleren nationalen Niveau an sozialen Ressourcen und dem GINI-Index sowie dem BIP als Indikatoren des Wohlstands und dessen Verteilung in der Bevölkerung

Korrelationen		Allg. Ver- trauen in Mitmen- schen	Ver- trauen in Par- lament	Ein- samkeit	Häufigkeit privater Kontakte	BIP	GINI
AllgVertr	Korrelation nach Pearson	1	.920**	-.810**	.361	.720**	-.467
	Signifikanz (2-seitig)		.000	.000	.141	.001	.051
	N	18	18	18	18	18	18
ParlVertr	Korrelation nach Pearson	.920**	1	-.805**	.386	.826**	-.503*
	Signifikanz (2-seitig)	.000		.000	.113	.000	.033
	N	18	18	18	18	18	18
Einsamkeit	Korrelation nach Pearson	-.810**	-.805**	1	-.579*	-.864**	.428
	Signifikanz (2-seitig)	.000	.000		.012	.000	.076
	N	18	18	18	18	18	18
Häufigkeit priva- ter Kontakte	Korrelation nach Pearson	.361	.386	-.579*	1	.610**	-.009
	Signifikanz (2-seitig)	.141	.113	.012		.007	.972
	N	18	18	18	18	18	18
BIP	Korrelation nach Pearson	.720**	.826**	-.864**	.610**	1	-.493*
	Signifikanz (2-seitig)	.001	.000	.000	.007		.038
	N	18	18	18	18	18	18
GINI	Korrelation nach Pearson	-.467	-.503*	.428	-.009	-.493*	1
	Signifikanz (2-seitig)	.051	.033	.076	.972	.038	
	N	18	18	18	18	18	18

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

© Obsan 2014

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Datenquellen: ESS 2010 – FORS – EUROSTAT 2010

Tabelle 8.7 Korrelations-Matrix auf Ebene der europäischen Länder unter Ausschluss von Norwegen und Bulgarien: Zusammenhang zwischen dem mittleren nationalen Niveau an sozialen Ressourcen und dem GINI-Index sowie dem BIP als Indikatoren des Wohlstands und dessen Verteilung in der Bevölkerung

Korrelationen		AllgVertr	ParlVertr	Einsamkeit	GINI	BIP
AllgVertr	Korrelation nach Pearson	1	.890**	-.751**	-.257	.597*
	Signifikanz (2-seitig)		.000	.001	.337	.015
	N	16	16	16	16	16
ParlVertr	Korrelation nach Pearson	.890**	1	-.743**	-.299	.771**
	Signifikanz (2-seitig)	.000		.001	.261	.000
	N	16	16	16	16	16
Einsamkeit	Korrelation nach Pearson	-.751**	-.743**	1	.235	-.857**
	Signifikanz (2-seitig)	.001	.001		.382	.000
	N	16	16	16	16	16
GINI	Korrelation nach Pearson	-.257	-.299	.235	1	-.213
	Signifikanz (2-seitig)	.337	.261	.382		.429
	N	16	16	16	16	16
BIP	Korrelation nach Pearson	.597*	.771**	-.857**	-.213	1
	Signifikanz (2-seitig)	.015	.000	.000	.429	
	N	16	16	16	16	16

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

© Obsan 2014

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Datenquellen: ESS 2010 – FORS – EUROSTAT 2010

Index der Tabellen und Abbildungen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1	Die wichtigsten Informationen zu den verwendeten Daten, Variablen und Konstrukten.....	42
Tabelle 3.2	Grösse des Sozialen Netzes und seiner Teilnetze.....	42
Tabelle 3.3	Anteil und Anzahl der Personen mit kritischen Lebensereignissen im Jahr 2005.....	52
Tabelle 4.2	Mittelwert und Vertrauensintervall (95%) der erwarteten praktischen und emotionalen Unterstützung nach Unterstützungsquelle und Geschlecht, Skala von 0–10	57
Tabelle 4.3	Multiple lineare Regression zur Erklärung der erhaltenen Unterstützung mit den unabhängigen Variablen: Geschlecht, Alter, Schulabschluss, Erwerbssituation, Nationalität, Kontrollüberzeugung und Haushaltstyp.....	61
Tabelle 5.1	Die wichtigsten Informationen zu den verwendeten Daten, Variablen und Konstrukten im Kapitel 5.....	65
Tabelle 5.2	Vergleich der Mittelwerte im sozialen Kapital (allgemeines Vertrauen in Mitmenschen) 2002 und 2010, nach Geschlecht und Altersgruppen, Skala von 0–10	68
Tabelle 6.1	Die wichtigsten Informationen zu den verwendeten Daten, Variablen und Konstrukten im Kapitel 6.....	69
Tabelle 6.2	Demografische, sozio-ökonomische und volkswirtschaftliche Eigenschaften der 17 europäischen Staaten, die in die Mehrebenen-Analyse einbezogen wurden	80
Tabelle 6.3	Ergebnisse der Multilevel Analysis mit Random Intercept zur Erklärung des allgemeinen Vertrauens in die Mitmenschen abhängig von Variablen auf der Mikro- und der Makroebene: Parameterschätzungen, Standardabweichung, Chisq, Signikanzniveau; Analyse mit MlwiN; Schätzmethode: IGLS	82
Tabelle 6.4	Ergebnisse der Multilevel Analysis mit Random Intercept zur Erklärung des Vertrauens in das Parlament abhängig von Variablen auf der Individual- und der Makroebene: Parameterschätzungen, Standardabweichung, Chisq, Signikanzniveau; Analyse mit MlwiN; Schätzmethode: IGLS.....	83
Tabelle 6.5	Ergebnisse der Multilevel Analysis mit Random Intercept zur Erklärung der Häufigkeit privater Kontakte mit Verwandten, Freunden und Bekannten abhängig von Variablen auf der Individual- und der Makroebene: Parameterschätzungen, Standardabweichung, Chisq, Signikanzniveau; Analyse mit MlwiN; Schätzmethode: IGLS.....	84
Tabelle 6.6	Ergebnisse der Multilevel Analysis mit Random Intercept zur Erklärung der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen abhängig von Variablen auf der Individual- und der Makroebene: Parameterschätzungen, Standardabweichung, Chisq, Signikanzniveau; Analyse mit MlwiN; Schätzmethode: IGLS.....	85
Tabelle 8.1	Pearson Korrelationskoeffizienten des Zusammenhangs zwischen der täglichen Nutzung des Internets in der Freizeit in Minuten und der Grösse der verschiedenen sozialen Teilnetze bei den 15-24-Jährigen (Quelle: SHP, FORS, 2010).....	99
Tabelle 8.2	Mittelwert der erwarteten Unterstützung in den Jahren 2000 und 2010 nach Altersgruppen und Geschlecht	99
Tabelle 8.3	Mittelwert der erhaltenen Unterstützung nach Geschlecht, ANOVA (F-Wert und Signifikanz): Altersgruppe 15 bis 24 Jahre (Quelle: SGB, BFS, 2007; ungewichtete Querschnittdaten).....	100
Tabelle 8.4	Multiple lineare Regression zur Erklärung der erhaltenen Unterstützung der Männer mit den unabhängigen Variablen: Alter, Schulabschluss, Erwerbssituation, Nationalität, Kontrollüberzeugung und Haushaltstyp.....	100
Tabelle 8.5	Multiple lineare Regression zur Erklärung der erhaltenen Unterstützung der Frauen mit den unabhängigen Variablen: Alter, Schulabschluss, Erwerbssituation, Nationalität, Kontrollüberzeugung und Haushaltstyp.....	101

Tabelle 8.6	Korrelations-Matrix auf Ebene der europäischen Länder: Zusammenhang zwischen dem mittleren nationalen Niveau an sozialen Ressourcen und dem GINI-Index sowie dem BIP als Indikatoren des Wohlstands und dessen Verteilung in der Bevölkerung.....	102
Tabelle 8.7	Korrelations-Matrix auf Ebene der europäischen Länder unter Ausschluss von Norwegen und Bulgarien: Zusammenhang zwischen dem mittleren nationalen Niveau an sozialen Ressourcen und dem GINI-Index sowie dem BIP als Indikatoren des Wohlstands und dessen Verteilung in der Bevölkerung	102

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1	Hierarchische Beziehung der verschiedenen Konstrukte zur Beschreibung sozialer Ressourcen (nach Laireiter, 1993).....	21
Abbildung 1.2	Beispiel eines Konvois nach Kahn und Antonucci (1980)	28
Abbildung 2.1	Konzeptuelles Modell, wie soziale Netze die Gesundheit beeinflussen (vereinfacht nach Berkman & Glass, 2000).....	38
Abbildung 2.2	Modell zur Darstellung der möglichen Pfade, die soziale Unterstützung mit physischer Gesundheit verbinden (nach Uchino, 2006, 378; eigene Übersetzung).....	39
Abbildung 3.1	Anzahl Personen im sozialen Netz nach Altersgruppen 2010	43
Abbildung 3.2	Grösse und Zusammensetzung des sozialen Netzes nach Geschlecht, 2010	44
Abbildung 3.3	Grösse des Kern-Netzes nach Geschlecht: Personen ab 75 Jahren.....	44
Abbildung 3.4	Anteil Personen ab 15 Jahren, die keine, eine oder mehrere Vertrauenspersonen haben nach Geschlecht und Alter.....	45
Abbildung 3.5	Anteil Personen ab 15 Jahren, die eine Vertrauensperson (VP) vermissen, abhängig vom Geschlecht und dem Vorhandensein von Vertrauenspersonen	46
Abbildung 3.6	Anteil Personen ab 15 Jahren, die eine Vertrauensperson vermissen, abhängig vom Haushaltstyp und dem Vorhandensein von Vertrauenspersonen	46
Abbildung 3.7:	Anteil Einpersonenhaushalte an allen Privathaushalten der Schweiz.....	47
Abbildung 3.8	Anteil Einpersonenhaushalte an allen Privathaushalten in grossen Schweizer Städten und Kantonen	48
Abbildung 3.9	Anteil der weiblichen Bevölkerung ab 15 Jahren ohne Vertrauensperson nach Alter, 1992 und 2007	49
Abbildung 3.10	Anteil der männlichen Bevölkerung ab 15 Jahren ohne Vertrauensperson nach Alter, 1992 und 2007	50
Abbildung 3.11	Mittelwerte der Grösse der sozialen Netze insgesamt nach Altersgruppen und Geschlecht 2000 und 2010.....	51
Abbildung 3.12:	Mittelwerte der Grösse der sozialen Teil-Netze der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15 bis 24-Jährigen), 2000 und 2010.....	51
Abbildung 3.13	Mittelwert der Grösse der Unterstützungsnetze pro Personengruppe (mit / ohne bestimmtes kritisches Lebensereignis im Jahr 2005) in den Jahren 2004 bis 2010 ...	53
Abbildung 4.1	Mittelwert und Vertrauensintervall (95%) der erwarteten Unterstützung insgesamt nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2010, Skala von 0–10.....	56
Abbildung 4.2	Erwartete praktische und emotionale Unterstützung durch den Lebenspartner abhängig von der Wohnsituation. Mehrpersonenhaushalt versus Einpersonenhaushalt, Skala von 0–10	57
Abbildung 4.3	Mittelwert der erhaltenen Unterstützung insgesamt nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2007 (Skala von 1–5)	58
Abbildung 4.4	Anteil Personen nach Geschlecht und Altersgruppe, die im Fall einer Bettlägerigkeit nie oder selten, manchmal, meistens oder immer Hilfe bekommen....	59

Abbildung 4.5	Beta-Koeffizienten als Ausdruck der Stärke des Beitrags zur Erklärung der erhaltenen sozialen Unterstützung in einer multiplen Regression: Ergebnisse aus zwei getrennt berechneten Modellen für Männer und Frauen.....	62
Abbildung 4.6	Mittelwert der verschiedenen Formen erhaltener Unterstützung abhängig von der Anzahl der vorhandenen Vertrauensbeziehungen	63
Abbildung 5.1	Mittelwert des sozialen Kapitals nach Geschlecht, Schulbildung, Nationalität zum Zeitpunkt der Erhebung und Nationalität zur Zeit der Geburt, Skala von 0–10.....	66
Abbildung 5.2	Differenz der Mittelwerte der einzelnen Kantone zum gesamtschweizerischen Mittelwert in der Stärke des allgemeinen Vertrauens in seine Mitmenschen (soziales Kapital) Skala von 0–10.....	67
Abbildung 6.1	Soziales Kapital - allgemeines Vertrauen in Mitmenschen (Skala von 0 «man kann nie vorsichtig genug sein» bis 10 «man kann den meisten Menschen trauen»: Vergleich der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (95%) in verschiedenen europäischen Staaten	71
Abbildung 6.2	Soziales Kapital - allgemeines Vertrauen in Mitmenschen: Vergleich der Mittelwerte in verschiedenen europäischen Staaten und der Grossregionen der Schweiz (Skala 0–10)	72
Abbildung 6.3	Soziales Kapital - Vertrauen in das Parlament (Skala von 0 «überhaupt kein Vertrauen» bis 10 «volles Vertrauen»: Vergleich der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (95%) in verschiedenen europäischen Staaten (Skala 1–10).....	73
Abbildung 6.4	Soziales Kapital - Vertrauen in das Parlament: Vergleich der Mittelwerte in verschiedenen europäischen Staaten und den Grossregionen der Schweiz (Skala 0–10).....	74
Abbildung 6.5	Anteil Personen ohne Vertrauensbeziehung: alle Altersgruppen und über 75-Jährige in verschiedenen europäischen Ländern.....	75
Abbildung 6.6	Häufigkeit privater Kontakte ausserhalb der Kernfamilie (Skala von 1 «nie» bis 7 «jeden Tag»: Vergleich der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (95%) in europäischen Staaten	76
Abbildung 6.7	Anteil Personen mit wenig privatem Kontakt (einmal pro Monat oder seltener): alle Altersgruppen und Personen ab 75 Jahren in europäischen Ländern	77
Abbildung 6.8	Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen (Skala von 1 «nie / fast nie» bis 4 «immer / fast immer»: Vergleich der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (95%) in europäischen Staaten	77
Abbildung 6.9	Anteil Personen, die sich oft einsam fühlen: alle Altersgruppen und Personen ab 75 Jahren in europäischen Ländern	78
Abbildung 6.10	Exemplarische Darstellung eines Mehrebenen-Modells zur Erklärung von länderspezifischen Unterschieden im Ausmass der erlebten Einsamkeit.....	79
Abbildung 6.11	Grafischer Zusammenhang zwischen dem Mittelwert des Tatsächlichen Individualverbrauchs (TIV) pro Land und dem Anteil von Personen in Prozent, die sich oft einsam fühlen in verschiedenen europäischen Staaten (N=18)	86



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.