

Katharina Rathmann und Matthias Richter

Wohlfahrtsstaatliche Entwicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ein internationaler Vergleich

Eine besondere Bedeutung in der Diskussion über sozialpolitische Faktoren und deren Einfluss auf soziale und auch gesundheitliche Ungleichheiten haben in den letzten Jahren der Wohlfahrtsstaat und dessen unterschiedliche Ausgestaltung gewonnen (Beckfield & Krieger 2009, Lahelma & Lundberg 2009, Borrell et al. 2007, Dahl et al. 2006). In der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung ist diese Debatte maßgeblich durch den dänischen Soziologen Gøsta Esping-Andersen (1990) geprägt worden. Anhand von drei Kriterien (Dekommodifizierung, Stratifizierung und dem Mischungsverhältnis zwischen Staat, Markt und Familie als Erbringer wohlfahrtsstaatlicher Leistungen) spannt Esping-Andersen die idealtypischen „drei Welten des Wohlfahrtsstaatkapitalismus“ für die westlichen Industrieländer auf:

- Das *sozialdemokratische* Regime ist dem Gleichheitsideal verschrieben und zeichnet sich durch egalisierende universelle Leistungen für alle Staatsbürger aus (skandinavische Länder).
- Das *konservative* Regime (Deutschland, Österreich und Frankreich) setzt auf die Sozialversicherung, knüpft Sozialrechte an den Berufsstatus und zielt primär auf die horizontale Umverteilung zwischen Lebensphasen, nicht aber auf vertikale Umverteilungseffekte ab. Bestehende soziale Stratifizierungsmuster werden dadurch erhalten und wohlfahrtsstaatliche Leistungen knüpfen sich an klassen- und statusgebundene Rechte (Esping-Andersen 1998).
- *Liberale* Wohlfahrtsstaaten (USA, Großbritannien und Kanada) schreiben dem Markt eine zentrale Rolle bei der Wohlfahrtsproduktion zu und begrenzen den Sozialstaat auf am Fürsorgeprinzip orientierte bedarfsgeprüfte Leistungen.

Inzwischen wurde die Typologie um zwei Wohlfahrtsregimes erweitert (Arts & Gelissen 2002, Bamba 2007):

- Das *südeuropäische* Regime (Ferrera 1996) ist durch einen stärkeren Familialismus und durch geringe bzw. „rudimentäre“ Sozialleistungen gekennzeichnet.
- Die *osteuropäischen* Staaten waren seit dem Verschwinden des Eisernen Vorhangs von umfangreichen Transformationsprozessen in der Sozialpolitik betroffen (Kovacs 2002, Eikemo & Bamba 2008, Bamba 2006). Allgemein zeichnet sich das osteuropäische Wohlfahrtsstaatsregime im Vergleich zu den anderen Wohlfahrtsstaaten durch begrenzte Gesundheitsdienstleistungen aus.

Ländervergleichende Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit haben in den letzten Jahren gezeigt, dass nicht nur individuelle Merkmale, wie soziale und materielle Lebensbedingungen (Mackenbach 2006), sondern auch makrostrukturelle Faktoren (wie u.a. das wohlfahrtsstaatliche Arrangement, der ökonomische Wohlstand, Einkommensungleichheit eines Landes) einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit der Erwachsenenbevölkerung ausüben (Navarro et al. 2006; Eikemo et al. 2008a, b, c; Hurrelmann, Rathmann & Richter 2011). Welche Unterschiede in der Gesundheit

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

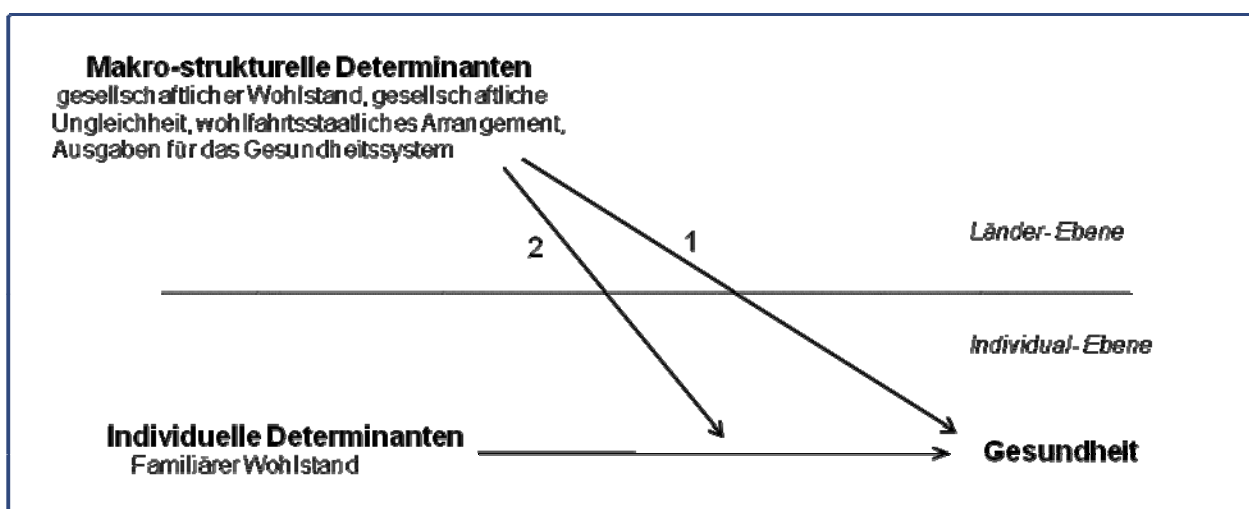
3. und 4. Dezember 2010

und gesundheitlichen Ungleichheit von Heranwachsenden in einer international vergleichenden Perspektive bestehen, blieb dagegen bislang noch unterbeleuchtet.

Daher stehen für unsere Untersuchung zwei Forschungsfragen im Vordergrund, die durch das konzeptionelle Modell (Abbildung 1) veranschaulicht werden:

- Welcher Zusammenhang besteht zwischen makrostrukturellen Determinanten und der Gesundheit (Pfeil 1)?
- Welchen Einfluss haben makrostrukturelle Determinanten auf die sozioökonomisch bedingten Unterschiede in der Gesundheit (Pfeil 2)?

Abbildung 1: Konzeptionelles Modell



Determinanten auf Länder-Ebene (Pfeil 1) und Interaktionen zwischen der Individual- und Länderebene (Pfeil 2) (Rathmann 2010)

Daten und Methoden

Datenbasis ist die internationale „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie 2005/06. Insgesamt 134.632 Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in 27 europäischen und nordamerikanischen Ländern wurden herangezogen (Tabelle 1). Als Gesundheitsindikator diente ein Index psychosomatischer Beschwerden (0-7 Beschwerden mindestens mehrmals pro Woche).

Aufgrund der geschachtelten Datenstruktur wurden hierarchische Regressionsmodelle (Hox 2010) mit individuellen Determinanten (familiärer Wohlstand (FAS) unter Kontrolle des Alters und des Geschlechts) und mit länderspezifischen Determinanten (Brutto-National-Einkommen in Prozent pro Kopf als Wohlstandsindikator eines Landes (BNE), der Einkommensungleichheit auf Länderebene (Gini), die Ausgaben für das Gesundheitssystem (in Prozent d. BNE pro Kopf (AGS)) und Dummy-Variablen für die fünf Wohlfahrtsregimes: sozialdemokratisch, konservativ, liberal, süd- und osteuropäisch) berechnet. Zusätzlich wurden Interaktionsterme zwischen dem familiären Wohlstand und den Ländervariablen in die Analysen einbezogen.

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

Tabelle 1: Stichprobengröße der Länder und die Zuordnung zu Wohlfahrtsregimes (N = 134.632)

Wohlfahrtsregime	Länder (n=27)	Jungen	Mädchen	Gesamt
Sozialdemokratisch (n=13.035)	Finnland	2249	2531	4780
	Norwegen	2135	2057	4192
	Schweden	2005	2058	4063
Konservativ (n=33.617)	Österreich	2070	2225	4295
	Belgien	1948	1919	3867
	Frankreich	3268	3384	6652
	Deutschland	3374	3371	6745
	Luxemburg	1892	1934	3826
	Niederlande	1954	2004	3958
	Schweiz	2068	2206	4274
Liberal (n=22.827)	Kanada	2535	2865	5400
	UK	6611	7132	13.743
	USA	1743	1941	3684
Südeuropäisch (n=15.400)	Griechenland	1636	1863	3499
	Italien	1849	1872	3721
	Spanien	3969	4211	8180
Osteuropäisch (n=49.753)	Bulgarien	2190	2310	4500
	Estland	2055	2169	4224
	Kroatien	2266	2415	4681
	Lettland	1866	2069	3935
	Litauen	2659	2578	5237
	Mazedonien	2460	2505	4965
	Polen	2522	2725	5247
	Slowenien	2326	2432	4758
	Tschechien	2251	2253	4504
	Ukraine	2028	2422	4450
	Ungarn	1553	1699	3252
		65.482	69.150	134.632

(Rathmann 2010)

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

Schrittweise wurden die länderspezifischen Determinanten in die Modelle unter Kontrolle der Individualvariablen integriert: Modell 1 testet einzeln die Wohlfahrtsregime-Dummies (sozialdemokratisches Regime dient als Referenz). Modell 2 testet den Effekt des Gini. Abschließend bezieht Modell 3 alle makrostrukturellen Variablen gleichzeitig in die Analyse ein.

Ergebnisse

Das erste Ziel dieses Beitrags war es, Unterschiede in der Beschwerdelast aufgrund der makrostrukturellen Determinanten aufzudecken (Pfeil 1 im konzeptionellen Modell, Abbildung 1). Wie Tabelle 2 zeigt, berichten Heranwachsende in liberalen Wohlfahrtsstaaten (Modell 1) über mehr Beschwerden mindestens mehrmals pro Woche als in andere Regimes ($0,39+0,32=0,71$). Das trifft auch auf Länder mit einer überdurchschnittlich hohen Einkommensungleichheit zu (Modell 2: $0,42 + 0,10 = 0,52$ und Modell 3: $0,43 + 0,06 = 0,49$). Die Ausgaben für das Gesundheitssystem und der Wohlstand eines Landes sind dagegen nicht mit der Beschwerdelast assoziiert (Modell 3). Darüber hinaus konnte für alle Modelle gezeigt werden, dass Mädchen über mehr multiple Beschwerden als Jungen berichten, sich mit steigendem Alter die Anzahl der Beschwerden mehrmals pro Woche erhöht, und mit zunehmendem familiären Wohlstand leiden die Heranwachsenden unter weniger psychosomatischen Beschwerden mehrmals pro Woche.

Tabelle 2: Regressionskoeffizienten und Varianzkomponenten der Mehrebenenanalyse für zwei und mehr wöchentlich auftretende Beschwerden (N = 134.632)

Variablen	M1: Regime-Dummies β (se)	M2: Gini β (se)	M3: Finalmodell β (se)
Individual-Ebene			
Intercept/Durchschnitt	0,39*** (0,05)	0,42*** (0,05)	0,43*** (0,05)
Geschlecht (Mädchen)	0,51*** (0,03)	0,51*** (0,03)	0,51*** (0,03)
Alter (11- bis 15 J.)	0,16*** (0,02)	0,16*** (0,02)	0,16*** (0,02)
FAS (hoch, mittel, niedrig)	-0,06*** (0,01)	-0,07*** (0,01)	-0,07*** (0,01)
Länder-Ebene			
BNE ^z			ns
Gini ^z		0,10*** (0,03)	0,06*** (0,02)
AGS ^z			ns
Konservativ ^{RK}	ns		ns
Liberal ^{RK}	0,32*** (0,05)		ns
Südeur. ^{RK}	ns		ns
Osteur. ^{RK}	ns		ns

*** $p \leq 0,001$, ns=nicht signifikant, RK=Referenzkategorie=sozialdemokratisches Regime, FAS (family affluence scale, familiärer Wohlstand, BNE=Brutto-National-Einkommen (Wohlstand einer Landes), Gini (Einkommensungleichheit) AGS=Ausgaben für das Gesundheitssystem (% des BNE pro Kopf), z=zentriert um Gesamtmittelwert der Länder, se=Standard error (Rathmann 2010)

Die zweite Fragestellung bezog sich auf den Effekt der makrostrukturellen Determinanten auf sozioökonomische Unterschiede in der Beschwerdelast (Pfeil 2). Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, verstärkt sich der Effekt des familiären Wohlstands auf die Beschwerden im liberalen Regime ($-0,06-0,03=0,09$) und damit sind die sozioökonomischen Unterschiede ausgeprägter als in den anderen Regimes. Ein ähnliches Ergebnis lässt sich auch für Länder mit überdurch-

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

schnittlich hoher Einkommensungleichheit vorfinden (insbesondere die USA und Großbritannien) (-0,07-0,01=0,08 in Modell 2). Der gesellschaftliche Wohlstand und die Ausgaben für das Gesundheitssystem stehen dagegen nicht signifikant mit der Beschwerdelast und den sozioökonomischen Unterschieden in Zusammenhang (Modell 3).

Tabelle 3: Cross-Level-Interaktionseffekte und Varianzkomponenten für zwei und mehr wöchentlich auftretende Beschwerden (N = 134.632)

Variablen	M1: Regime-Dummies (se)	M2: Gini (se)	M3: Finalmodell (se)
Interaktionseffekte			
BNE ^z x FAS			ns
Gini ^z x FAS		-0,01* (0,01)	ns
AGS ^z x FAS			ns
Konservativ ^{RK} x FAS	ns		ns
Liberal ^{RK} x FAS	-0,03***(0,01)		ns
Südeur. ^{RK} x FAS	ns		ns
Osteur. ^{RK} x FAS	ns		ns

***p≤0,001, ns=nicht signifikant, RK=Referenzkategorie=sozialdemokratisches Regime, FAS (family affluence scale, familiärer Wohlstand, BNE=Brutto-National-Einkommen (Wohlstand einer Landes), Gini (Einkommensungleichheit) AGS=Ausgaben für das Gesundheitssystem (% des BNE pro Kopf), z=zentriert um Gesamtmittelwert der Länder, se=Standard error (Rathmann 2010)

Diskussion

Diese Befunde decken sich mit Studien zur Beschwerdelast bei Erwachsenen (u.a. Eikemo et al. 2008a, b, c; Olsen & Dahl 2007). Auch für Kinder lassen sich Übereinstimmungen mit den wenigen vorliegenden Studien finden. Ergebnisse der europäischen KIDSCREEN-Studie (Ravens-Sieberer et al. 2008) wiesen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Einkommensungleichheit und der subjektiven Einschätzung der Gesundheit in elf europäischen Ländern nach. Kinder in Ländern mit einer größeren Einkommensungleichheit verfügen durchschnittlich über eine schlechtere mentale Gesundheit. Länder hingegen mit einer niedrigen Einkommensungleichheit (Gini>32) berichteten von einer positiveren psychischen Gesundheit.

Wohlfahrtsregimes mit einer höheren redistributiven Politikstruktur und universellen Sozialleistungen, wie es beispielsweise auf das sozialdemokratische Regime zutrifft, scheinen eine positive Wirkung auf die Gesundheit nicht nur von Erwachsenen (Navarro et al. 2006; Navarro 2002, Chung & Muntaner 2007), sondern auch von Heranwachsenden zu haben (Zambon et al. 2006). Ein möglicher Mechanismus für diese Ergebnisse kann in der Rolle des Staates und der Ausgestaltung der sozialen Sicherungsinfrastruktur liegen. Die Ausrichtung wohlfahrtsstaatlicher Politik in sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten ist auf staatliche Umverteilungsmaßnahmen gerichtet. In Ländern mit liberaler Tradition wird die Umverteilung dagegen dem Markt als dominantes Strukturmerkmal der wohlfahrtsstaatlichen Politik überlassen (ebd.). Damit verbleibt die Absicherung gegen Krisenlagen beim Individuum.

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

Eine relativ gleiche Einkommensverteilung in wohlhabenden OECD-Staaten scheint darüber hinaus ein gesundheitsrelevantes Potenzial zuzukommen. Es ist unklar, wie sich die gesellschaftliche Einkommensungleichheit auf die individuellen sozioökonomischen Unterschiede in der Beschwerdelast auswirken. Ein mögliche Erklärung könnte sein, dass gesellschaftliche Einkommensungleichheit zwar nicht unbedingt direkt mit der schlechten gesundheitlichen Situation der Heranwachsenden assoziiert sind, sich dagegen indirekt als ein stratifizierender Mechanismus über andere gesundheitsrelevante Determinanten, wie beispielsweise das Gesundheitsverhalten oder die elterliche Unterstützung, auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auszuwirken (Torsheim et al. 2004, Hurrelmann, Rathmann & Richter 2011). Steigende Ungleichheit in der Einkommensverteilung verschärft die sozioökonomische Variation in der Beschwerdelast von Heranwachsenden.

Da es sich um eine ländervergleichende Studie handelt, ist weiterhin denkbar, dass das Ausmaß der Beschwerdelast auch kulturell determiniert und sozialisationstheoretisch begründet werden kann. Beispielsweise können kulturelle Werte, wie beispielsweise Individualismus, Humanität, Materialismus, Konkurrenz, direkt oder indirekt das elterliche Verhalten, die regimespezifische Variation in den Gesundheitsindikatoren und die Unterschiede in den sozioökonomisch bedingten Unterschieden erklären (Levin et al. 2010). Das sollte in künftigen Studien geklärt werden.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Beschwerden und die sozioökonomisch bedingten Unterschiede in der Beschwerdelast nach Wohlfahrtsregimes und aufgrund der Einkommensungleichheit variieren. Daher sollte die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bereits im Kindes- und Jugendalter auch auf (sozial-) politischer Ebene fokussiert werden. Weiterhin sind vergleichbare, länderübergreifende Studien zum Einfluss sozioökonomischer Determinanten auf der Mikro- und Makro-Ebene für den psychosomatischen Gesundheitszustand von Heranwachsenden nötig, um mögliche Wirkmechanismen zu entdecken und zu erklären.

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

Katharina Rathmann

Kontakt:

Berlin Graduate School of Social Sciences, Humboldt Universität zu Berlin
Luisenstr. 56, 10117 Berlin
Tel.: (030) 2093 4592
E-Mail: katharina.rathmann@staff.hu-berlin.de
www.bgss.hu-berlin.de/sess

Hertie School of Governance
Friedrichstr. 180
10117 Berlin
E-Mail: rathmann@hertie-school.org

Prof. Dr. rer. soc. Matthias Richter

Kontakt:

Professur für Medizinische Soziologie und Sozialepidemiologie
am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
Niesenweg 6 - 3012 Bern - Switzerland
Tel.: (+41) 31 631 3429
Fax: (+41) 31 631 3430
www.ispm.ch

Literatur/ Quellen:

- Arts, W.A. and Gelissen, J.P. (2002): Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European Social Policy*, 12, 137–58.
- Bambra, C. (2006): Health Status and the Worlds of Welfare. *Social Policy and Society*, 5, 53–62.
- Bambra, C. (2007): Going beyond the three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 1098–1102.
- Beckfield, J. and Krieger, N. (2009): Epi + demos + cracy: A Critical Review of Empirical Research Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities. *Epidemiologic Reviews*, 31, 152-177.
- Borrell, C., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M. and Navarro, V. (2007): Politics and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 658–659.
- Chung, H., and Muntaner, C. (2007): Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy*, 80, 328–39.
- Dahl, E., Fritzell, J., Lahelma, E., Martikainen, P, Kunst, A. and Mackenbach, J. (2006): Welfare state regimes and health inequalities. In: Siegrist, J. and Marmot, M. (eds) *Social inequalities in health*. Oxford University Press, Oxford, pp 193-222.
- Eikemo, T.A. and Bambra, C. (2008): The welfare state: a glossary for public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 3–6.

16. Kongress Armut und Gesundheit

VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

- Eikemo, T.A., Huisman, M., Bambra, C. and Kunst, A.E. (2008a): Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health and Illness* 30, 565–82.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Joyce, K. and Dahl, E. (2008b): Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *European Journal of Public Health*, 18, 593–9.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Judge, K. and Ringdal, K. (2008c): Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 66, 2281–95.
- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Ferrera, M. (1996): The southern model of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6, 17–37.
- Hox, J. (2010): *Multilevel Analysis: Techniques and Applications*. New York: Routledge.
- Hurrelmann, K., Rathmann, K. and Richter, M. (2011): Health Inequalities and welfare state regimes. A research note. *Journal of Public Health*, online first: DOI 10.1007/s10389-010-0359-1.
- Kovacs, J.M. (2002): Approaching the EU and reaching the US? Rival narratives on transforming welfare regimes in East-Central Europe. *West European Politics*, 25, 175.
- Lahelma, E. and Lundberg, O. (2009): Health inequalities in European welfare states. *European Journal of Public Health*, 19, 445–6.
- Levin, K., Torsheim, T., Vollebergh, W.M.A., Richter, M., Davies, C.A., Schnohr, C., Due, P., Currie, C. (2010): National income and income inequality, family affluence and life satisfaction among 13 year old boys and girls: a multi-level study in 35 countries. *Social Indicators Research*, online first: DOI 10.1007/s11205-010-9747-8
- Mackenbach, J.P. (2006): Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU. London: Department of Health. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/04121584.pdf
- Navarro, V. (2002): *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life*. New York: Baywood.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., et al. (2006): Politics and health outcomes. *The Lancet*, 368, 1033-1037.
- Olsen, K. and Dahl, S.A. (2007): Health differences between European countries. *Social Science & Medicine*, 64, 1665-1678.
- Rathmann, K. (2010): *Gesundheitliche Ungleichheit in Wohlfahrtsstaaten: Die Relevanz sozioökonomischer und sozialpolitischer Determinanten für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Universität Bielefeld: Unveröffentlichtes Dokument (Diplomarbeit).
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., Thomas, C., and the HBSC Positive Health Group (2008): An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18, 294-299.
- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M. and Haugland, S. (2004): Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries, *Social & Medicine*, 59, 1–12.
- Zambon, A., Boyce, W.F., Currie, C., Cois, E., Lemma, P., Dalmaso, P. et al. (2006): Do welfare regimes mediate the effect of SES on health in adolescence? A cross-national comparison in Europe, North America and Israel. *International Journal of Health Services*, 36, 2, 309–29.