



**Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg**
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Bachelor-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Sciences (B. Sc.)

„Geschlechterbezogene Aspekte im
Zusammenhang zwischen Distress und wahrgenommener
sozialer Unterstützung am Beispiel einer
multimorbiden Population älterer hausärztlicher
Patientinnen und Patienten“

Vorgelegt von

Truc Sophia Nguyen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Erstprüferin

Prof.in Dr.in Christine Färber

Zweitprüfer

Dipl.-Soz. Ingmar Schäfer



Tag der Abgabe

17.04.2014

Zusammenfassung

Hintergrund

Das Alter ist neben altersphysiologischen Veränderungen u. a. auch von der Zunahme psychischer Erkrankungen, wie z. B. Stress, geprägt. Das Ziel dieser Arbeit ist die Analyse des Einflusses von sozialer Unterstützung, Alter und Bildung auf die Stressprävalenz bei älteren, multimorbiden Personen. Der Fokus liegt auf einer geschlechterspezifischen Analyse, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen älteren Frauen und Männern in diesem Kontext aufzeigen soll.

Methoden

Als Basis für die Datenanalyse dient der Baseline-Datensatz der MultiCare Cohort Study mit 3189 multimorbiden Personen im Alter von 65 Jahren und älter. In einer bivariaten Analyse wird die Korrelation zwischen Distress und sozialer Unterstützung mittels Chi-Quadrat und Cramér's V untersucht. Anschließend werden in einer multivariaten Auswertung mithilfe logistischer Regression die Variablen Alter und Bildung miteinbezogen. Sämtliche Analysen erfolgen sowohl für die gesamte Studienpopulation, als auch stratifiziert nach Geschlecht.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen nach sowohl bivariater, als auch multivariater Analyse eine statistisch signifikante Korrelation zwischen Distress und sozialer Unterstützung (OR=0,26), wobei die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sehr gering sind. Für ältere Frauen zeigen sich zusätzlich für die Variable Alter (OR=0,97) signifikante Ergebnisse; für Männer hingegen für die Variable Bildung (OR=1,36).

Schlussfolgerungen

Trotz signifikanter Ergebnisse kann aufgrund der nur marginalen Abweichungen kaum von relevanten Geschlechterunterschieden ausgegangen werden. Dennoch ist erkennbar, dass die Differenzen ihren Ursprung in unterschiedlichen sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Strukturen haben und sich auf die Gesundheit im Alter auswirken können. Die Prävention sozialer Benachteiligung älterer Menschen sollte daher ein primäres Ziel für Politik und Gesellschaft darstellen, um Lebensqualität und Gesundheit im Alter zu fördern und zu erhalten.

Abstract

Background

The elderly is not only characterized by physiological changes, but also by increasing numbers of psychological disorders. The aim of this survey is to analyse the influence of perceived social support, age and level of education on distress in multimorbid, older patients. The main emphasis is put on a gender-focussed analysis in order to identify similarities and differences between women and men concerning this context.

Methods

Data of the German MultiCare Cohort Study are analysed. It is a multicentre, prospective cohort study with a sample of 3189 multimorbid patients aged 65 and older. Bivariate analysis examines the correlation between distress and perceived social support. In addition, age and level of education are included in a multivariate analysis using multiple logistic regression. Furthermore, a stratification of the sample by gender is used.

Results

The results show significant correlations between distress and perceived social support (OR=0.26) with only slight differences between women and men. Age seems to be distress-reducing for women (OR=0.97), whereas a higher level of education is identified to be distress-increasing for men (OR=1.35).

Conclusions

In spite of its statistical significance, the relevance of the results founded in this study has to be questioned. However, it is pointed out that cultural and social structures have an influence on health among older patients. Consequently, the prevention of social disadvantage of the elderly should be a primary goal for politics as well as for society, in order to increase older people's health and their quality of life.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Abstract	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1. Einleitung.....	7
2. Hintergrund.....	9
2.1 Distress.....	9
2.2 Wahrgenommene soziale Unterstützung	13
2.3 Multimorbidität.....	16
2.4 Geschlechterbezogene Aspekte	18
2.5 Studien zum Zusammenhang zwischen Distress und sozialer Unterstützung..	19
3. Fragestellung und Ziel	22
4. Methoden.....	23
4.1 MultiCare Cohort Study	23
4.2 Datensatz.....	24
4.3 Analyseverfahren	26
5. Ergebnisse der Datenanalyse.....	28
5.1 Deskriptive Statistik.....	28
5.2 Bivariate Analyse	32
5.3 Logistische Regression	33
6. Diskussion	37
6.1 Bedeutung der Ergebnisse.....	37
6.2 Vergleiche mit anderen Studien	40
6.3 Limitationen und Stärken.....	43
7. Fazit.....	45
Literaturverzeichnis	47
Anhang	53
Eidesstattliche Erklärung	60

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Histogramm Distress.....	34
Abbildung 2: Histogramm wahrgenommene soziale Unterstützung.....	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interpretation von Distress	25
Tabelle 2: Interpretation von sozialer Unterstützung.....	26
Tabelle 3: Allgemeine Daten zur Studienpopulation (n=3189)	29
Tabelle 4: Krankheitsliste (n=3189)	31
Tabelle 5: Kreuztabellen Distress/ soziale Unterstützung/ alle (n=3053)	32
Tabelle 6: Kreuztabelle Distress/ soziale Unterstützung/ männlich (n=1231)	32
Tabelle 7: Kreuztabelle Distress/ soziale Unterstützung/ weiblich (n=1822).....	32
Tabelle 8: Logistische Regression/ alle (n=3189)	35
Tabelle 9: Logistische Regression/ männlich (n=1231)	35
Tabelle 10: Logistische Regression/ weiblich (n=1822).....	35

Abkürzungsverzeichnis

CASMIN	Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations
CIHI	Canadian Institute for Health Information
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
DKV	Deutsche Krankenversicherung
F-SozU K-14	Fragebogen zur sozialen Unterstützung
GBE	Gesundheitsberichterstattung Deutschland
OR	Odds Ratio
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
RKI	Robert-Koch-Institut
SES	Sozioökonomischer Status
TICS-SSCS	Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress
TK	Techniker Krankenkasse
4DBL	Vier-Dimensionale Beschwerdeliste
4DSQ	Four-Dimensional Symptom Questionnaire
95%-CI	95%-Konfidenzintervall

1. Einleitung

Der in Politik, Öffentlichkeit und Wirtschaft immer wieder debattierte demografische Wandel sorgt schon lange für eine starke Veränderung der Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur. Während die Gruppe der Kinder und Jugendlichen sich aufgrund von Geburtendefiziten stetig verringert, wächst gleichzeitig der Anteil älterer Personen, resultierend aus höheren Lebenserwartungen und verbesserten medizinischen Möglichkeiten, immer weiter an (DESTATIS, 2009, S. 14).

Den aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes zufolge lebten 2012 rund 80,5 Millionen Einwohner in Deutschland (DESTATIS 2014a), von denen 21,1% der Bevölkerungsgruppe 65 Jahren und älter angehörten (DESTATIS 2013). Die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung projiziert bis zum Jahr 2060 einen Anstieg dieser Gruppe auf 34% (DESTATIS, 2009, S. 14).

Ein Charakteristikum des hohen Alters ist die Zunahme von Multimorbidität, dem gleichzeitigen Vorhandensein mehrerer chronischer Erkrankungen (RKI 2014). Sie führt u. a. zu funktionellen Beeinträchtigungen und einem Verlust an Autonomie und Lebensqualität. Ebenso kann die Entwicklung psychischer Krankheiten durch die Präsenz von Multimorbidität gefördert werden (Saß, Wurm, Ziese, 2009, S. 57). Ein Beispiel dafür ist Distress, der sich negativ auf Stoffwechsel, wichtige Körperfunktionen und kognitive Gesundheit auswirken kann (Chrousos, 2009, S. 376).

In der Stressbewältigung gilt soziale Unterstützung als wichtige Ressource, da sie sich nachweislich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt und der Bewältigung von Problemen und schwierigen Lebenssituationen förderlich ist (Franzkowiak, 2011, S. 516f.). Daher ist die Eingebundenheit in soziale Netzwerke besonders wichtig, nicht zuletzt, weil sich diese im hohen Alter aufgrund von altersbedingten Verlusten im Familien- und Freundeskreis nach und nach verringern (Suter, Meyer, 1997, S. 204).

Die gesundheitsfördernde Wirkung von sozialer Unterstützung auf Distress wurde in bisherigen Studien bereits umfassend erforscht und vielfach belegt. Jedoch werden in diesem Zusammenhang besonders Daten für ältere Menschen kaum aus geschlechterspezifischer Sicht betrachtet. Bereits ein Blick auf die Lebenserwartung zeigt, wie stark die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind: Frauen haben derzeit eine Lebenserwartung von 82,7 Jahren, während die von Männern lediglich 77,7 Jahre beträgt (DESTATIS 2014b). Aufgrund ungleicher Möglichkeiten und Voraussetzung für Frauen und Männer, u. a. bedingt durch unterschiedliche Sozialisation und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, ist ein geschlechterdifferenzierter Blick in der Altersforschung von größter Wichtigkeit (Backes, 2005, S. 32).

Im Folgenden sollen die Zusammenhänge von Distress, sozialer Unterstützung und Geschlecht, sowie ihre Wirkung auf ältere, multimorbide Personen näher beleuchtet werden. Als Basis dienen die Baseline-Daten der MultiCare Cohort Study, einer prospektiven, deutschlandweiten Kohortenstudie mit 3189 multimorbiden Patienten/-innen im Alter von 65 Jahren und älter. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, die gesundheitliche Situation älterer, in Deutschland lebender Menschen darzulegen sowie ihre Gesundheit und Lebensqualität zu optimieren.

2. Hintergrund

Dieses Kapitel widmet sich einer umfangreichen Darlegung bisher veröffentlichter Literatur zu den Themen Distress, wahrgenommener sozialer Unterstützung, Multimorbidität und ihren Zusammenhängen. Hierbei soll besonders, wenn vorhanden, auf geschlechterspezifische und geschlechtervergleichende Daten eingegangen werden.

2.1 Distress

H. Selye befasste sich bereits im Jahre 1936 mit der Komplexität des Konstruktes „Stress“. Er definierte Stress als die *„unspezifische Reaktion des Körpers auf sämtliche Anforderungen“* (eigene Übersetzung) (Selye, 1976, S. 15) und konstatierte, dass Stress nichts anderes sei als eine hormonelle Veränderung des Körpers zur Adaption an neu auftretende Situationen. Ungeachtet dessen, ob der Stress von positiver oder negativer Bedeutung sei, ließe sich biochemisch immer der gleiche Ablauf erkennen: Energie werde mobilisiert, die Zirkulation des Blutes werde verstärkt und die Aufmerksamkeit der Muskeln erhöht. Da eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Stresstypen folglich, rein biochemisch betrachtet, nicht möglich gewesen ist, führte er die beiden Begriffe „Eustress“ (griech. „eu“ = gut) und „Distress“ (lat. „dis“ = schlecht) ein, mit denen sich die verschiedenen Effekte von Stress beschreiben lassen. So kann Stress in einer Wettbewerbssituation z. B. positive und motivierende Effekte (Eustress) haben, oder in traumatischen und frustrierenden Momenten negative Auswirkungen haben (Distress) (ebenda).

Heutzutage wird häufig anstelle von „Distress“ der Begriff „Stress“ verwendet, um negative Belastungen zu umschreiben (GBE 2014). Nicht selten kommt es aufgrund der stetig wachsenden Anforderungen in der Arbeits- und Lebenswelt zu immer häufigeren Stresssituationen. Können diese hinsichtlich mangelnder persönlicher Ressourcen nicht mehr bewältigt werden, ist chronischer Stress eine mögliche Folge. Dieser kann langfristig negative Folgen auf den Stoffwechsel sowie andere wichtige Körperfunktionen, wie das Immun- oder kardiovaskuläre

System, haben. Es kommt weiterhin zu Beeinträchtigungen bei Schlaf- und Lerngewohnheiten oder zu Störungen bezüglich Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprozessen (Chrousos, 2009, S. 376f.). Stressbedingte Folgeerkrankungen können beispielsweise Bluthochdruck, Migräne, Asthma, Neurodermitis oder Magengeschwüre sein (Farias et al., 2011, S. 723; Ho et al., 2010, S. 193).

Frauen und Männer unterscheiden sich stark im Hinblick auf ihr Stresserleben und ihre Stressbewältigung. Eine Studie von Schulz et al. kommt zu dem Schluss, dass sich Frauen aufgrund ihrer „Neigung zur Besorgnis“ bei gleichem Druck deutlicher gestresst fühlen und mit Belastungen stärker zu kämpfen haben als Männer. Frauen sind demnach sehr stresssensibel, was sich in Form von Depressionen oder einem geringen Selbstwertgefühl äußern kann. Zusätzlich verhalten sie sich bei Stress eher passiv und ängstlich, oder mit eigenen Schuldzuweisungen (Schulz et al., 2002, S. 320; Wagner, 2009, S. 35).

Männer hingegen tendieren dazu, Stresssignale des Körpers zu ignorieren und weisen sich durch ein vergleichsweise geringeres Gesundheitsbewusstsein aus. In Stresssituationen reagieren sie mit gesteigerter Aktivität und einem risikohaften Verhalten, wie dem vermehrten Konsum von Alkohol. Sie greifen bei Schwierigkeiten, im Gegensatz zu Frauen, seltener auf soziale Unterstützung aus dem Umfeld zurück und versuchen eher das Problem alleine zu bewältigen (Wagner, 2009, S. 34; Schulz et al., 2002, S. 321).

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) des Robert-Koch-Instituts maß die Stressprävalenz der deutschen Allgemeinbevölkerung mithilfe der „Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress“ (TICS-SSCS), welche die subjektive Stressbelastung zu verschiedenen Bereichen (z. B. chronische Besorgnis oder arbeitsbezogene und soziale Überbelastung) in einer fünfstufigen Likert-Skala ermittelt. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Stressprävalenz der deutschen Allgemeinbevölkerung bei 11% liegt. Frauen wiesen im Vergleich zu Männern eine deutlich höhere Stressbelastung auf (13,9% vs. 8,2%). Des Weiteren lässt sich erkennen, dass die Prävalenz mit einem

steigenden sozioökonomischen Status (SES) abnahm (17,3% bei niedrigem SES vs. 7,6% bei hohem SES). Es gab keine signifikanten Unterschiede in den verschiedenen Altersgruppen, wobei zu erwähnen ist, dass lediglich 18- bis 64-Jährige in die Analyse miteinbezogen wurden (Hapke et al., 2013, S. 750).

Stressprävalenzen für die ältere Bevölkerung in Deutschland wurden in einer Querschnittsstudie publiziert, dessen Daten auf persönlichen Interviews einer Mehrthemenumfrage durch ein Meinungsforschungsinstitut basieren. Zur Messung von Stress wurde ebenfalls der zuvor beschriebene TICS-SSCS verwendet. Für die Altersgruppe 61 bis 95 Jahre betrug die Prävalenz 13,3% (Kocalevent et al., 2012, S. 116). Hier wurden keine geschlechterdifferenzierten Daten für die ältere Bevölkerungsgruppe veröffentlicht.

Eine von der Techniker Krankenkasse (TK) in Auftrag gegebene repräsentative Querschnittsstudie untersuchte im September 2013 die Stressbelastung der deutschen volljährigen Bevölkerung anhand von 1000 Probanden/-innen. Ihre Ergebnisse stehen im Einklang mit denen des Robert-Koch-Instituts, dahingehend, dass Frauen häufiger angaben unter Stress zu leiden als Männer (63% vs. 52%). Die Prävalenzen sind deutlich höher, nehmen aber mit dem Alter ab: Von den über 65-Jährigen fühlte sich nur noch ein Viertel gestresst (TK, 2013, S. 5). Es wurden in der Studie keine geschlechterspezifischen Daten für ältere Menschen publiziert. Des Weiteren sind aus der Publikation keine Angaben über die eingesetzten Instrumente zur Stressmessung zu finden. Lediglich wird genannt, dass die Umfrage mittels *„...computergestützte[r] Telefoninterviews anhand eines strukturierten Fragebogens...“* (TK, 2013, S. 42) durchgeführt wurde.

Die Deutsche Krankenversicherung (DKV) befragte 2012 in einem telefonischen Survey 3000 Erwachsene in Deutschland zu ihrer subjektiven Gesundheit. Entgegen bisher vorgestellten Ergebnissen zeigten Männer hier eine etwas höhere Stressbelastung als Frauen (56% vs. 51%). Dies wird durch die Autoren damit begründet, dass Frauen im Allgemeinen ein gesundheitsbewussteres Verhalten aufweisen: Nicht nur im Bereich Stress, sondern auch in den Kategorien

Ernährung und Alkoholkonsum schnitten diese besser ab als Männer. Eine gesundheitsbewusste Lebensweise stehe mit einer besseren Handhabung und Vermeidung von Stresssituationen in Korrelation. Für die Gruppe der über 65-Jährigen wurde eine Stressprävalenz von 46% ermittelt (Froböse, Wallmann, 2012, S. 11). Aus diesem Survey sind weder geschlechterbezogene Daten für die ältere Gruppe, noch Angaben zum verwendeten Untersuchungsinstrument zur Stressmessung ersichtlich.

Eine australische Studie publizierte mit einer Studienpopulation von 218489 Personen für die Altersgruppe 65 bis 74 Jahre eine Stressprävalenz von 4,9%, wobei diese mit steigendem Alter zunahm: Von den 75- bis 84-Jährigen fühlten sich 5,3% gestresst, für Personen im Alter von 85 und älter gab es sogar einen Anstieg auf 8,2% (Phongsavan et al., 2013, S. 928). Die Messung von Distress erfolgte mithilfe des Kessler-10-Instruments, das in einer fünfstufigen Likert-Skala Symptome wie Lustlosigkeit, Angespanntheit oder Nervosität misst (ebenda, S. 924). Jedoch fehlte auch hier eine Betrachtung der Daten aus geschlechterdifferenzierter Perspektive.

Eine Studie aus Norwegen maß 2006 die Stressprävalenz anhand von 2387 Probanden/-innen im Alter von 65 Jahren und älter. Ihren Daten zufolge sind Frauen aus dieser Altersgruppe im Vergleich zu den männlichen Probanden ca. drei Mal so häufig von Distress betroffen (12% vs. 4%). Diese ist eine der wenigen Studien, die geschlechterbezogene Daten für die Altersgruppe 65 Jahre und älter publiziert hat (Boen, Dalgard, Bjertness, 2012, S. 5). Der Stress wurde mithilfe der „Hopkins Symptom Checklist“ mit zehn Items gemessen, die zur Identifizierung psychiatrischer Symptome entwickelt wurde (Nettelblatt, 1993, S. 130).

Insgesamt zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen den publizierten Prävalenzen für die Altersgruppe 65 Jahre und älter sehr groß sind und zwischen 4,9% bis zu 46% schwanken. Dies ist vermutlich durch Differenzen in den Erhebungsmethoden und Studiendesigns bedingt. Insgesamt sind aus den meisten Studien kaum geschlechterspezifische Daten zu entnehmen.

Publikationen, die Daten bezogen auf das Geschlecht differenziert betrachtet haben, zeigen, dass unterschiedliche Richtungen in der Distress-Prävalenz erkennbar sind. Dennoch konnte in den meisten Studien festgestellt werden, dass Frauen im Allgemeinen häufiger von Distress betroffen sind als Männer.

2.2 Wahrgenommene soziale Unterstützung

Die Konzepte sozialer Unterstützung haben ihren Ursprung in der Belastungs- und Netzwerkforschung, aus deren empirischen Belegen hervorgeht, dass sich mangelnde soziale Integration negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Die Erbringung und der Erhalt sozialer Unterstützung erfolgt in sozialen Netzwerken, zu denen primär Familienangehörige und Freunde gehören. Arbeitskollegen, Nachbarn und sonstige Gemeinschaften zählen zum sekundären Umfeld (Franzkowiak, 2011, S. 516). Soziale Beziehungen helfen bei der Bewältigung schwieriger Lebensereignisse und wirken zusätzlich als Puffer gegenüber anderen psychosozialen Belastungen. Durch die Bewältigung von Stressoren kann soziale Unterstützung einen immensen Einfluss auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden haben, weshalb sie eine wichtige Ressource zur Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung darstellt (ebenda, S. 517).

Soziale Unterstützung ist sehr vielschichtig und multidimensional: Man unterscheidet zwischen emotionaler Unterstützung (Liebe, Verständnis etc.), instrumenteller Unterstützung (z.B. in Form von Arbeit, Geld), informationeller Unterstützung (Informationsvermittlung, Erteilen von Ratschlägen) und beratender Unterstützung (Hilfe bei Entscheidungen) (RKI, 2012, S. 134).

Es wird zusätzlich zwischen wahrgenommener und tatsächlich erhaltener Unterstützung differenziert, da nicht die Menge an sozialen Kontakten für eine Person entscheidend ist, sondern vielmehr die subjektive Einschätzung über die Zuverlässigkeit und das Vertrauen in diese sozialen Kontakte im Falle einer Notfallsituation (Franzkowiak, 2011, S. 517). Die wahrgenommene soziale Unterstützung entspricht also nicht dem Ausmaß der tatsächlich erhaltenen Unterstützung. Außerdem kann sich soziale Integration bereits protektiv auf die

Gesundheit auswirken, ohne dass es zwangsläufig zu hilfreichen sozialen Interaktionen kommen muss (Kienle, Knoll, Renneberg, 2006, S. 109).

Vermeintlich haben Studien belegt, dass Menschen, die ihre soziale Unterstützung als gering wahrnehmen, häufiger krank werden und mit psychosozialen Herausforderungen stärker zu kämpfen haben. Hinsichtlich des demografischen Wandels wird sozialer Unterstützung eine wesentliche Rolle zugeschrieben, da sie sich im hohen Alter maßgeblich auf Autonomie und Selbstbestimmung auswirkt (RKI, 2012, S. 134; Cohen, 2004, S. 682; Umberson, Montez, 2010, S. 62).

Nicht zuletzt sind soziale Beziehungen in den älteren Lebensjahren besonders wichtig, da diese mit zunehmendem Alter aufgrund von altersbedingtem Todesfällen im Freundeskreis und in den Partnerschaften, aber auch im sekundären Umfeld, nach und nach schwinden (Suter, Meyer, 1997, S. 204).

Bei der Mobilisierung und dem Erhalt von sozialer Unterstützung lassen sich einige Geschlechterunterschiede feststellen. Frauen fällt es meist leichter, auf ihre sozialen Kontakte zurück zu greifen und sie berichten über ein höheres Maß an sozialer Unterstützung als Männer. Zudem verfügen sie über ein größeres Netzwerk an vertrauten Personen, auf dessen Hilfe sie sich bei Bedarf verlassen können. Demgegenüber geben Männer im Vergleich zu Frauen weniger Personen an, auf die sie sich stützen können. Ebenso konnte festgestellt werden, dass die Ehepartnerin für Männer eine zentrale Rolle spielt, da sie sich bei Problemen eher dieser anvertrauen, während für Frauen neben dem Partner, Freunde und Familienmitglieder gleichermaßen wichtig sind (Matud et al., 2003, S. 1926; Kienle, Knoll, Renneberg, 2006, S. 111).

Eine mögliche Erklärung für diese Unterschiede könnte in den gesellschaftlichen Rollenerwartungen zu finden sein. Die Rollenerwartung des männlichen Geschlechts geht mit Erwartungen einher, dass Männer unabhängig, durchsetzungsstark und unverwundbar zu sein haben (Helfrich, 2013, S. 153), was ein denkbarer Grund dafür sein könnte, dass Männer seltener soziale

Unterstützung mobilisieren als Frauen.

Eine Studie von Caetano et al. zu diesem Thema fand allerdings heraus, dass die Größe des Netzwerks für die subjektive Wahrnehmung über die Zuverlässigkeit irrelevant zu sein scheint. Obwohl ältere Frauen z. B. durch eine höhere Aktivität in Gruppen und Gemeinden über ein größeres soziales Netzwerk verfügen als Männer, konnte im Vergleich kein relevanter Unterschied in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung gefunden werden (Caetano, Silva, Vettore, 2013, S. 12).

In der vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ wurden 22050 Personen zu ihrer subjektiven Gesundheit befragt. Es wurde z. B. mithilfe der „Oslo-3-Items-Support-Scale“ die wahrgenommene soziale Unterstützung, sowie das soziale Netzwerk gemessen (RKI, 2012, S. 134). Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Mehrheit der Bevölkerung ausreichend unterstützt fühlte: 83,5% berichteten von mittlerer bis starker sozialer Unterstützung. Nur ca. 16% aller Studienteilnehmer/-innen schätzten ihre soziale Unterstützung als gering ein, wobei es keine relevanten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Personen gegeben hat. Wesentliche Abweichungen lassen sich aber bezüglich des Bildungsstatus erkennen: Im Allgemeinen fühlten sich Personen aus niedrigeren Bildungsgruppen weniger unterstützt als Personen aus höheren Bildungsgruppen. Auch zeigen die Ergebnisse, dass der Anteil derjenigen, die von geringer Unterstützung berichten, im Alter ansteigt: Von den über 65-Jährigen berichteten 24,2% der Frauen und 20,2% der Männer von geringer Unterstützung, während sich etwa 75% der älteren Frauen und Männer ausreichend unterstützt fühlten (ebenda, S. 135).

Internationale Zahlen wurden z. B. in einer taiwanischen Querschnittsstudie publiziert. Für Personen im Alter von 65 Jahren und älter (n=4993) ergaben sich ähnliche Zahlen wie die des Robert-Koch-Instituts: 72% aller Studienteilnehmer/-innen berichteten von einer positiven sozialen Unterstützung (Yeh, Liu, 2003, S. 5). Die wahrgenommene soziale Unterstützung wurde mit der Frage gemessen, ob die Studienteilnehmer/-innen Personen kennen, auf die sie sich im Bedarfsfall

verlassen könnten (ebenda, S. 3). Es erfolgte keine Betrachtung der Daten aus geschlechterspezifischer Perspektive.

Eine andere Querschnittsstudie untersuchte die soziale Unterstützung bei Personen aus sieben europäischen Ländern im Zusammenhang mit dem Vorhandensein unterschiedlicher Herausforderungen (z. B. psychologischer, physikalischer, finanzieller oder sexueller Probleme). Auch hier gab die Mehrheit an, starke soziale Unterstützung zu erfahren. Interessant war hierbei, dass die Unterstützung niedriger eingeschätzt wurde, sobald die Befragten mit Schwierigkeiten zu kämpfen hatten (ca. 62%). Die allgemein berichtete soziale Unterstützung lag bei einem Nicht-Vorhandensein eines Problems mit 68% etwas höher (Melchiorre et al., 2013, S. 7). Zur Messung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wurde der „Multidimensional Scale of Perceived Social Support“ verwendet, der mit zwölf Items die Unterstützung aus dem Familien- und Freundeskreis, sowie anderen Personen misst (ebenda, S. 3).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass dem Großteil der Bevölkerung positive soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld widerfährt. Anders als bei den publizierten Daten für die Stressprävalenz lässt sich hier bei den veröffentlichten Daten ein Konsens erkennen, dahingehend, dass sich durchschnittlich zwei Drittel aller Befragten ausreichend unterstützt fühlen. Jedoch werden die Ergebnisse bezogen auf das Geschlecht ebenfalls kaum differenziert betrachtet. Studien mit geschlechterspezifischen Daten lassen erkennen, dass zwischen Frauen und Männern nur ein marginaler Unterschied besteht.

2.3 Multimorbidität

Das Alter ist verbunden mit natürlichen altersphysiologischen Veränderungen, die Einschränkungen bezüglich körperlicher Funktionen nach sich ziehen. So kommt es beispielsweise zu einem Verlust der Seh- bzw. Hörfähigkeit, oder einem Schwinden von Muskelmasse. Im hohen Alter steigt auch das Risiko für Multimorbidität an, die zusätzliche Verschlechterungen im Gesundheits- und Funktionszustand verursachen kann (Marengoni et al., 2009, S. 229; Scheidt-

Nave, Richter, Kuhlmeier, 2010, S. 441).

Das Robert-Koch-Institut definiert Multimorbidität als das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Krankheiten. Charakteristisch ist hier vor allem die Chronizität und Irreversibilität der Krankheiten, die mit Funktionseinschränkungen und Einbußen in der Lebensqualität und Autonomie einhergehen (RKI 2014).

In der Forschung existieren jedoch viele verschiedene Auffassungen von Multimorbidität und ihren Belastungen, wobei bisher keine Einigkeit in der Definition erzielt werden konnte. Dies hat zur Folge, dass in bisher veröffentlichten Studien unterschiedlichste Prävalenzangaben für Multimorbidität zu finden sind. Ein Review von Marengoni et al. stellte die Ergebnisse aus mehreren Studien gegenüber und berichtete von einer Multimorbidität-Prävalenz von 55% bis zu 98% für Menschen im Alter von 65 und älter (Marengoni et al., 2011, S. 432).

Zahlen für die deutsche Allgemeinbevölkerung publizierte das Robert-Koch-Institut: Ihrem telefonischen Gesundheitssurvey aus dem Jahre 2002/ 2003 zufolge wiesen 36,2% der männlichen und 39,3% der weiblichen Befragten über 65 Jahre mindestens drei verschiedene chronische Erkrankungen auf (RKI, 2004, S. 26).

Multimorbidität stellt medizinisch, sozial und pflegerisch das Gesundheitssystem und vor allem die Gesundheitsökonomie vor große Schwierigkeiten (Scheidt-Nave et al., 2010, S. 442). Zu einer steigenden Anzahl von Arztkontakten und erhöhten Krankheitsausgaben kommen verlängerte Krankenhausaufenthalte, sowie die Zunahme von Polypharmazie hinzu (Hessel et al., 2000, S. 297). Insbesondere die Wechselwirkung zwischen mehreren chronischen Krankheiten führt zu Versorgungsdefiziten im Gesundheitswesen, weshalb das Thema Multimorbidität in der Forschung sowie Versorgung einen stärkeren Einzug finden sollte (van den Bussche, Scherer, 2011, S. 73).

2.4 Geschlechterbezogene Aspekte

Ein Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Betrachtung des Alters aus geschlechter-spezifischer Sicht. Mit dem demografischen Wandel spielt zunehmend auch die Forschung um das Thema „Alter(n) und Geschlecht“ eine wichtige Rolle. Backes betont die Relevanz der Untersuchung geschlechterbezogener Dimensionen des Alters vor allem im Hinblick auf die unterschiedlichen, sozialen Strukturen in der heutigen Gesellschaft. Ihrer Ansicht zufolge ist dieses Forschungsgebiet im deutschsprachigen Raum von oberflächlichen Perspektiven geprägt: Sie bemängelt zum einen die Marginalität der Frauen- und Geschlechterforschung und zum anderen die einseitige Fokussierung bisheriger Publikationen aus der Altersforschung auf das männliche Geschlecht (Backes, 2005, S. 33).

Tatsächlich sind deutliche Unterschiede in der Lebensqualität, besonders im hohen Alter, vielseitig belegt. Frauen sind nicht nur häufiger mit gesundheitlichen und sozialen Problemen belastet, auch haben sie öfter mit materiellen Einbußen zu kämpfen. Diese Tatsache ist besonders in Bezug auf Gesundheits- und Versorgungsmöglichkeiten sowie die Qualität der Pflege im Alter ein wichtiges Thema (Blitzko-Hoener, Weiser, 2012, S. 121; Backes, 2005, S. 35). Weiterhin sind Frauen im Alter häufiger von Armut betroffen als Männer (17,5% vs. 13,9%). Dies könnte möglicherweise eine Folge von der Konzentration auf Haus, Ehe und Familie in jungen Jahren sein, bei der die finanzielle Abhängigkeit vom Partner ebenfalls eine wichtige Rolle spielen könnte (DESTATIS 2014c).

Da Frauen außerdem im Vergleich Männern eine höhere Lebenserwartung haben, müssen sie diese meist bis zum Tod pflegen, sodass Frauen weniger oft auf häusliche Pflege durch den Partner zurückgreifen können und auf Alters- und Pflegeheime angewiesen sind. Zudem sind sie weniger sozial abgesichert und bleiben nach dem Tod des Partners oft allein zurück. Männer hingegen können auf größere Ressourcen aus der Zeit ihrer Erwerbstätigkeit zurückgreifen, sind finanziell unabhängiger und weniger an familiäre Leistungen gebunden (Schneekloth, Leven, 2002, S. 18; Backes, 2005, S. 35).

Die Literatur verweist aber auch darauf, dass Frauen trotz einer höheren Verwitwetenrate, besser mit dem Alleinsein zurechtkommen als Männer. Letztere scheinen einen Verlust schwerer zu verkraften, da sie zum einen durch den Tod der Partnerin eine emotional intime Vertrauensperson verlieren und zugleich das häusliche Rückhaltesystem. Dies spiegelt sich in hohen Selbstmordraten bei Witwern und in häufigeren Wiederverheiratungen älterer Männer wider (Heinz, 2007, S. 178).

Insgesamt zeigt sich, dass im hohen Alter eher Witwen mit geringer beruflicher Erfahrung und einer ausgeprägten Mehrfachbelastung durch Familie und Arbeit von sozialer Benachteiligung betroffen sind. Demgegenüber verfügen ältere Männer mit kontinuierlicher Berufstätigkeit über größere finanzielle Unabhängigkeit. Diese Faktoren haben einen Einfluss auf die unterschiedliche Lebensqualität von Frauen und Männern im hohen Alter.

2.5 Studien zum Zusammenhang zwischen Distress und sozialer Unterstützung

Eine Studie aus Norwegen untersuchte 2006 in einer Querschnittsstudie den Zusammenhang zwischen psychologischem Distress, somatischen Gesundheitsproblemen und sozialer Unterstützung anhand 2387 Patienten/-innen im Alter von 65 Jahren und älter. Es konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Distress und sozialer Unterstützung gezeigt werden ($OR=0,61$), der darauf hindeutet, dass soziale Unterstützung als Schutzfaktor agiert und das Distress-Risiko um ca. 40% verringert. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung stark mit Distress assoziiert ist. Auch ist erkennbar, dass eine niedrige Stressbelastung mit einem hohen Bildungsstand und einem hohen Einkommen einhergeht. Es konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studienteilnehmern festgestellt werden (Boen, Dalgard, Bjertness, 2012, S. 7).

Die bereits erwähnte „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert-Koch-Instituts befasste sich neben der zuvor beschriebenen Untersuchung

von Stressprävalenzen auch mit ihrer Abhängigkeit von sozialer Unterstützung. Bei einer Studienpopulation von 5774 Personen konnte gezeigt werden, dass eine starke Stressbelastung überdurchschnittlich häufig bei Personen vorzufinden war, die von geringer sozialer Unterstützung berichteten (Frauen: 32,5% vs. Männer: 20,8%). Die Häufigkeit der Stressbelastung sank bei steigender sozialer Unterstützung (Frauen 9,5% vs. Männer 4,3%). Die Zahlen beziehen sich auf die Allgemeinbevölkerung, sodass Daten zur Altersgruppe 65 Jahre und älter nicht in die Analyse miteinbezogen wurden (Hapke et al., 2013, S. 752).

Eine vom „Canadian Institute for Health Information“ (CIHI) durchgeführte Langzeitstudie ermittelte den Zusammenhang von Distress und sozialer Unterstützung von 1998 bis 2000 anhand von 2440 Studienteilnehmern/-innen. Ihre Ergebnisse zeigen, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen der älteren Bevölkerungsgruppe (55 Jahre und älter) und jüngeren Bevölkerungsgruppe (18-54 Jahre) gegeben hat. Bei Frauen zeigte sich im Gegensatz zu Männern, dass zwischen Distress und sozialer Unterstützung ein signifikanter Zusammenhang bestand: Starke soziale Unterstützung verringerte die Wahrscheinlichkeit an Distress zu leiden um 66%. Bei Männern hingegen ergaben sich statistisch signifikante Ergebnisse für den Familienstand: Verheiratete Männer hatten gegenüber ledigen, geschiedenen oder verwitweten Männern ein um 90% verringertes Risiko an Distress zu leiden, während für Frauen der Familienstand keine Rolle spielte. Die geschlechterspezifischen Ergebnisse beziehen sich auf die gesamte Studienpopulation, weshalb aus ihnen keine Information über Geschlechterunterschiede für die verschiedenen Altersgruppen entnommen werden konnte (CIHI, 2012, S. 5).

Eine australische Studie konnte in einer Längsschnittstudie mit 236490 Probanden/-innen des mittleren (45 bis 64 Jahren) und hohen Alters (65 Jahre und älter) einen signifikanten Zusammenhang zwischen Distress und sozialen Kontakten zeigen und lieferte außerdem auch geschlechterbezogene Daten: Für männliche Studienteilnehmer ließ sich ein $OR=0,30$ für die 65- bis 74-Jährigen feststellen, während Frauen der gleichen Altersgruppe einen $OR= 0,28$ aufwiesen.

Für die Altersgruppe 75 bis 84 Jahren ergab sich für Männer ein $OR=0,28$ und für Frauen ein $OR=0,35$. Insgesamt sind die Geschlechterunterschiede jedoch sehr gering, sodass zwar von signifikanten, aber nicht von besonders relevanten Ergebnissen ausgegangen werden kann (Phongsavan et al., 2013, S. 933).

Die Literatur weist vermehrt darauf hin, dass zwischen Distress und sozialer Unterstützung ein signifikanter Zusammenhang besteht. Auch wenn die publizierten Ergebnisse sehr unterschiedlich sind, zeigen sie einen Konsens hinsichtlich der Richtung des Zusammenhangs: Mehrfach wurde beschrieben, dass eine Steigerung der sozialen Unterstützung mit einer geringen Distress-Prävalenz einhergeht. Jedoch erfolgt hier ebenfalls kaum eine geschlechter-spezifische Betrachtung der Daten.

3. Fragestellung und Ziel

Aufgrund des demografischen Wandels gewinnt das Thema „Gesundes Altern“, insbesondere hinsichtlich der Förderung von Lebensqualität und Autonomie im hohen Alter, immer mehr an Relevanz. Gleichzeitig rückt die Notwendigkeit geschlechterspezifischer Perspektiven in den Fokus der Altersforschung.

Mit dieser Arbeit soll der Zusammenhang zwischen Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung bei älteren, multimorbiden Patienten/-innen untersucht werden. Dieser soll vor allem aus geschlechterdifferenzierter Perspektive dargestellt werden, um Implikationen für eine den älteren Frauen und Männern jeweils besser angepasste Versorgung zu formulieren.

Die Analysen beziehen sich auf die Baseline-Daten der MultiCare Cohort Study, einer deutschlandweiten, prospektiven Kohortenstudie, dessen Studienpopulation 3189 multimorbide Personen im Alter von 65 und älter umfasst.

Folgende Forschungsfragen werden untersucht:

- Gibt es in der älteren, multimorbiden Bevölkerung einen signifikanten Zusammenhang zwischen Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung?
- Welche geschlechterübergreifenden Gemeinsamkeiten und geschlechterspezifischen Unterschiede lassen sich im Vergleich für Frauen und Männer erkennen?
- Lassen sich die ermittelten bivariaten Zusammenhänge auch in einer multivariaten Analyse unter Berücksichtigung soziodemografischer Variablen (Alter, Bildung und Geschlecht) finden?

4. Methoden

Im folgenden Kapitel werden die verwendeten Materialien und Methoden beschrieben, die zur Beantwortung der Fragestellungen genutzt werden sollen. Dies beinhaltet eine Vorstellung der MultiCare Cohort Study, eine Beschreibung des Datensatzes sowie der verwendeten Analyseverfahren.

4.1 MultiCare Cohort Study

Die MultiCare Cohort Study ist eines von vier Teilprojekten des MultiCare-Verbundes, die dem Forschungsvorhaben „Gesundheit im Alter“ angehören. In diesem Vorhaben adressieren insgesamt sechs bundesweite, interdisziplinär arbeitende Forschungsverbände mit unterschiedlichen Fragestellungen die gesundheitliche Situation älterer Menschen in Deutschland. Der Fokus liegt hierbei auf Multimorbidität sowie der Förderung von Lebensqualität und Selbstständigkeit im hohen Alter. Seit 2008 wurden diese Verbände mit ca. 32 Millionen Euro durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (Schütte, 2011, S. 5).

Die von Januar 2008 bis Dezember 2013 durchgeführte MultiCare Cohort Study untersuchte Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung und reagierte damit auf die bis dahin existierende Forschungslücke in diesem Gebiet. Sie hat zum Ziel, häufig vorkommende Morbiditätsmuster zu identifizieren und sowohl die Inanspruchnahme von Gesundheitsleitungen, als auch gesundheitsökonomische Aspekte zu analysieren. Sie ist eine prospektive, beobachtende Kohortenstudie mit multimorbiden Patienten/-innen im Alter von 65 und älter. Die Studienpopulation beträgt 3189 Personen, die zufällig aus 158 Hausarztpraxen aus insgesamt acht deutschlandweiten Studienzentren rekrutiert wurden (Bonn, Düsseldorf, Frankfurt am Main, Hamburg, Jena, Leipzig, Mannheim und München). Die Datenerhebung erfolgte mittels Face-to-Face-Interviews durch geschulte Interviewer (z. B. wissenschaftliche Mitarbeiter oder Study Nurses). Diese fanden zum einen bei teilnehmenden Studienteilnehmern/-innen Zuhause, und zum anderen bei ihren Hausärzten/-innen in der Praxis statt (Schäfer et al., 2011, S. 76).

4.2 Datensatz

Die Datenanalyse der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf den Baseline-Datensatz der MultiCare Cohort Study, der im Zeitraum von Juni 2008 bis Oktober 2009 erhoben worden ist. Wie im vorigen Abschnitt bereits erläutert, wurde die Datenerhebung anhand von persönlichen Interviews vorgenommen. Der dafür verwendete Patientenfragebogen erfasste mit verschiedenen Instrumenten u. a. Daten zu folgenden Bereichen (Schäfer et al., 2009, S. 7):

- Soziodemografie
- Morbidität und Medikamente
- psychische Aspekte
- gesundheitsökonomische Aspekte (z.B. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen)
- Tabak-/ Alkoholkonsum und Ernährung
- soziales Umfeld.

In die Auswertung werden die Angaben zur Soziodemografie (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Haushaltstyp und Bildung) miteinbezogen. Bildung wird anhand der CASMIN-Klassifikationen (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) in niedrigen, mittleren und hohen Bildungsstand eingeteilt. Diese Klassifikationen entstanden 1988 in einem Forschungsprojekt mit dem Ziel einer internationalen Vergleichsanalyse zu Bildungssystemen (Lüttinger, König, 1988, S. 8f.)

Im weiteren Verlauf wird vor allem die bei der Datenerhebung eingesetzte „Vier-Dimensionale Beschwerdeliste“ (4DBL) analysiert. Diese Liste ist eine von van den Bussche et al. kulturell adaptierte Version des niederländischen Originals „Four-Dimensional Symptom Questionnaire“ (4SDQ). Dieses Instrument wurde entwickelt, um psychologische Symptome bei Patienten/-innen in der medizinischen Grundversorgung zu erfassen. Die Beschwerden werden mittels 50 verschiedener Items in einer Fünf-Punkte-Skala abgefragt (z. B. *„Hatten Sie letzte Woche das Gefühl, dass Sie sich zu nichts mehr aufraffen können?“*). Die

Antwortmöglichkeiten reichen von „nein“ bis „sehr oft oder andauernd“. Als Referenzperiode wird die vergangene Woche vor der Befragung festgelegt. Im Nachhinein werden die 50 Items dann folgenden Erkrankungen zugeordnet: Somatisierung (16 Items), Angst (12 Items), Depression (6 Items) und Distress (16 Items). Die folgende Datenauswertung konzentriert sich auf alle 16 Items zu Distress, mit denen charakteristische Distress-Symptome erfasst werden, wie z. B. Sorge, Gereiztheit, Lustlosigkeit und Anspannung (Terluin et al., 2006, S. 2). Der Score hat einen Range von 0 bis 30 Skalenpunkten. Ab einem Score von zehn wird der Distress als „mäßig erhöht“ interpretiert (Schön et al., 2011, S. 94), weshalb dieser Wert für die folgenden Berechnungen als Cut-Off-Wert für eine Dichotomisierung dient:

Tabelle 1: Interpretation von Distress

Distress	
0 bis 10 Punkte	unauffällig
11 bis 30 Punkte	erhöht

Weiter werden Daten aus dem „Fragebogen zur sozialen Unterstützung“ (F-Sozu K-14) verwendet. Fydrich et al. entwickelten diesen erstmals 1987 bis 1989 in einer Langform mit 54 Items, in der praktische und emotionale Unterstützung, sowie die soziale Integration erfragt werden. Hintergrund für die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der sozialen Unterstützung waren Studien, die soziale Interaktion als Bewältigungsressource für Belastungen und Erkrankungen deklarierten. Bei dem im Patientenfragebogen eingesetzten Instrument handelt es sich um eine Kurzform des von Fydrich et al. konstruierten Fragebogens mit 14 Items, die in einer fünfstufigen Likert-Skala erhoben werden (1 „trifft nicht zu“ bis 5 „trifft genau zu“). Sie misst die subjektive Einschätzung, sich im Bedarfsfall auf das soziale Netzwerk verlassen und auf Ressourcen im persönlichen Umfeld zurückgreifen zu können (z. B. *„Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.“*). Mit dieser Skala wird die allgemeine wahrgenommene soziale Unterstützung gemessen. Je höher der errechnete Score (Range: 1 bis 5), desto stärker gilt die soziale Unterstützung (Fydrich et al., 2009, S. 43ff.).

Für eine bessere Interpretierbarkeit des Scores wird für die spätere Analyse eine Dichotomisierung vorgenommen. Aus der bereits beschriebenen Literatur geht hervor, dass die Mehrheit der Bevölkerung sich stark unterstützt fühlt, weshalb in den Daten nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann. Wahrscheinlicher ist eine linksgipflige Verteilung, bei der niedrige Werte unterrepräsentiert sein werden. Um die beiden Gruppen dennoch gut miteinander vergleichen zu können, wird der Cut-Off-Wert für die Dichotomisierung daher etwas höher festgelegt:

Tabelle 2: Interpretation von sozialer Unterstützung

Soziale Unterstützung	
1 bis 3,5 Punkte	eingeschränkt
3,6 bis 5 Punkte	hoch

4.3 Analyseverfahren

Zu Beginn der Datenanalyse werden mithilfe von deskriptiver Statistik allgemeine Daten zur Studienpopulation untersucht. Dazu gehören soziodemografische Daten wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Haushaltstyp, Bildung sowie Morbiditätsangaben, die bei der Datenerhebung mithilfe einer Krankheitsliste erfasst wurden. Ebenfalls werden Häufigkeitsverteilungen zu Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung innerhalb der Studienpopulation beschrieben. Alle Daten werden zusätzlich für beide Geschlechter separat dargestellt.

In einer anschließenden bivariaten Analyse wird eine mögliche Korrelation zwischen den Variablen Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung mithilfe des Zusammenhangsmaßes Chi-Quadrat (χ^2) gemessen. Das Chi-Quadrat vergleicht „empirisch beobachtete und erwartete Häufigkeiten“ (Kuckartz et al., 2013, S. 92) und misst gleichzeitig die Differenz dieser Werte voneinander.

Aufgrund der Binarität beider Variablen entsteht eine 2x2-Kreuztabelle mit einem Freiheitsgrad $df=1$. Für die Ergebnisse wird eine Signifikanz von $p=0,05$ festgelegt, wodurch für das Chi-Quadrat die Bedingung $\chi^2 \geq 3,84$ entsteht, damit von einer

signifikanten Korrelation ausgegangen werden kann. Da mit dem Chi-Quadrat allein jedoch keine Aussage über die wahre Stärke des Effekts getroffen werden kann, wird die tatsächliche Zusammenhangsstärke mithilfe des Koeffizienten Cramér's V interpretiert.

Zuletzt erfolgt eine Analyse des vorhandenen Datensatzes mit multivariater logistischer Regression, da bivariate Zusammenhänge in der Medizin eher eine Seltenheit sind und ein Outcome häufig von verschiedenen Faktoren abhängig ist. Mit diesem Verfahren ist die Identifizierung der Variablen möglich, die diese Unterschiede verursachen. Ebenso kann in diesem Zuge die Richtung und Stärke des Effekts festgestellt werden. Dies ist wichtig, um den Einfluss von Variablen auf andere zu kontrollieren, um so einen Bias vermeiden und Fehler bei der Effektschätzung verringern zu können. Mithilfe der logistischen Regression kann eine Prognose über die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Ereignisses in Abhängigkeit von sowohl einer, als auch mehreren unabhängigen Variablen getroffen werden. Voraussetzung für dieses Verfahren ist die Binarität der abhängigen Variable, während bei unabhängigen Variablen auch dichotome oder intervallskalierte Variablen analysiert werden können (Fromm, 2005, S. 5).

Angewendet auf die zu beantwortende Fragestellung wird dementsprechend versucht, die Korrelation zwischen der abhängigen Variable Distress und den unabhängigen Variablen wahrgenommene soziale Unterstützung, Alter und Bildung abzubilden. Die abhängige Variable Distress kann zwei Ausprägungen annehmen: entweder 0 (unauffällig) oder 1 (erhöht). Zur Interpretation des Ergebnisses werden mithilfe des Odds Ratio die Eintrittswahrscheinlichkeiten beider Ereignisse miteinander ins Verhältnis gesetzt. Diese Analyse wird zunächst für alle Studienteilnehmer vorgenommen, anschließend stratifiziert nach Geschlecht, um eventuelle Gemeinsamkeiten oder Unterschiede zwischen Frauen und Männern aufzuweisen.

5. Ergebnisse der Datenanalyse

Es folgt eine Präsentation der Ergebnisse aus den Datenanalysen. Es wurden die Programme IBM SPSS Statistics Version 16.0 und Version 20, sowie Microsoft Excel 2003 verwendet.

5.1 Deskriptive Statistik

Die folgenden Beschreibungen beziehen sich auf Tabelle 3, in der allgemeine Daten, wie z. B. soziodemografische Angaben zum Sample, dargestellt werden. Die Studienpopulation beträgt 3189 Personen, davon waren 59,3% weiblich und 40,7% männlich. Das Alter erstreckt sich von 65 bis 86 Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei beiden Geschlechtern bei ca. 74,4 Jahren liegt (Median=73,9 Jahre). Betrachtet man den Familienstand, so zeigt sich, dass die Mehrheit (56,2%) verheiratet ist und mit dem/der Ehepartner/-in zusammen lebt. Hierbei sind jedoch deutliche Geschlechtsunterschiede zu erkennen: Während 75,7% der männlichen Studienteilnehmer mit ihrem Ehepartner zusammen leben, ist dies bei nicht einmal 50% aller Frauen der Fall. Das ist dadurch bedingt, dass ältere Frauen fast vier Mal so oft verwitwet sind wie Männer (39,1% vs. 10,9%). Nahezu die Hälfte aller Patientinnen lebt allein, aber nicht einmal ein Fünftel der männlichen Patienten. Ältere Frauen wohnen im Vergleich öfter in Altersheimen und nehmen öfter betreutes Wohnen in Anspruch. Durchschnittlich leben sie aber auch mehr als doppelt so oft mit Angehörigen zusammen wie Männer (5,4% vs. 2,3%).

Differenzen zeigen sich ebenfalls beim Bildungsstand. Nahezu zwei Drittel aller Studienteilnehmer/-innen (62,3%) haben nach CASMIN einen niedrigen Bildungsstand, Frauen sind hier stärker betroffen als Männer. Letztere haben mehr als drei Mal so oft einen höheren Bildungsstand wie die weiblichen Studienteilnehmer (18,4% vs. 5,7%).

Bezüglich der Angaben zu Distress lässt sich aus der Analyse der Häufigkeitsverteilung feststellen, dass beide Geschlechtergruppen im Allgemeinen ein

unauffälliges Distress-Niveau aufweisen. Die geschlechtsspezifischen Daten ergeben jedoch, dass Frauen ca. doppelt so oft an Distress leiden wie Männer (21,2% vs. 10,2%). Die Angaben zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung weisen keine relevanten Unterschiede auf.

Tabelle 3: Daten zur Studienpopulation (n=3189)

Variable	Ausprägungen	alle	männlich	weiblich
Geschlecht	männlich	40,7		
	weiblich	59,3		
Alter	74 bis 86 Jahre	Ø 74,4 ± 5,2 J.	Ø 74,0 ± 5,1 J.	Ø 74,7 ± 5,3 J.
Familienstand	verheiratet mit Ehepartner zusammen lebend	56,2	75,7	42,7
	verheiratet vom Ehepartner getrennt lebend	2,3	3,3	1,5
	ledig	5,9	4,3	7,0
	geschieden	8,0	5,6	9,6
	verwitwet	27,7	10,9	39,1
Haushaltstyp	allein	35,4	17,6	47,5
	mit Partner/Ehepartner	57,9	78,7	43,7
	mit Angehörigen	4,1	2,3	5,4
	mit Sonstigen	0,7	0,1	1,1
	Betreutes Wohnen	1,7	1,3	1,9
	Altersheim	0,3	0,0	0,4
Bildung nach CASMIN	niedrig	62,3	58,0	65,2
	mittel	26,8	23,6	29,1
	hoch	10,9	18,4	5,7
Anzahl der chronischen Erkrankungen		7,0 ± 2,5 Erkr.	7,1 ± 2,5 Erkr.	7,0 ± 2,5 Erkr.
Distress	unauffällig	81,5	87,8	77,2
	erhöht	16,7	10,2	21,2
Soziale Unterstützung	eingeschränkt	16,9	16,6	17,1
	hoch	80,7	80,2	81,0

(Alle Angaben bis auf „Alter“ und „Anzahl der chronischen Erkrankungen“ in Prozent).

In Tabelle 4 sind die Häufigkeitsverteilungen für die abgefragten Erkrankungen zu finden. Die Patienten/-innen leiden den Daten zufolge an durchschnittlich sieben chronischen Erkrankungen. Bluthochdruck ist mit 77,9% die häufigste Erkrankung, gefolgt von fettmetabolen Störungen (58,5%) und chronischen Rückenschmerzen (49,5%).

Die geschlechterdifferenzierten Daten zeigen, dass die Top 10 der männlichen und weiblichen Gruppen fast identische Krankheiten beinhalten, wie Bluthochdruck (78,4% vs. 77,5%), fettmetabole Störungen (60,8% vs. 57%), Diabetes mellitus (43,8% vs. 33,3%), chronischer Rückenschmerz (41,1% vs. 55,2%), Gelenkarthrose (35,3% vs. 48,9%), Arrhythmien (31,9% vs. 23,5%) und Asthma/ COPD (25,7 % vs. 23,1%).

Auffällig sind besonders die Unterschiede bei den Erkrankungen Diabetes mellitus und Arrhythmien, bei denen die männlichen Studienteilnehmer deutlich höhere Prävalenzen aufweisen. Zusätzlich sind im Gegensatz zu der Frauengruppe die Krankheiten Prostatahyperplasie (27,9%), Hyperurikämie (23,7% vs. 12,9%) und Artherosklerose/ PAVK (23,4% vs. 12%) besonders stark vertreten.

Im Vergleich dazu lassen sich bei der weiblichen Studienpopulation deutlich höhere Prävalenzen bei den Krankheiten chronischer Rückenschmerz und Gelenkarthrose erkennen. Weiterhin sind sie stärker von Hypo-/ Hyperthyreose (43,5% vs. 19,6%) und Varicosis (28,8% vs. 15,2%) betroffen. Außerdem haben Frauen wesentlich öfter mit psychischen Erkrankungen zu kämpfen: Sie sind mehr als doppelt so oft von Depressionen betroffen (22,6% vs. 10,6%) und leiden ebenfalls mehr als doppelt so oft an Angstzuständen (5,3% vs. 2,2%).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass männliche Studienteilnehmer öfter an kardiovaskulären und metabolischen Krankheiten leiden, während Frauen höhere Prävalenzen für psychische und schmerzbezogene Erkrankungen zeigen.

Tabelle 4: Krankheitsliste (n=3189)

Krankheit	Prozent	männlich	weiblich
Bluthochdruck	77,9	78,4	77,5
Fettmetabole Störungen	58,5	60,8	57
Chronischer Rückenschmerz	49,5	41,1	55,2
Gelenkarthrose	43,3	35,3	48,9
Diabetes mellitus	37,6	43,8	33,3
Hypo-/ Hyperthyreose	33,8	19,6	43,5
KHK	31,4	44,7	22,2
Arrhythmien	26,9	31,9	23,5
Asthma/COPD	24,2	25,7	23,1
Varicosis	23,3	15,2	28,8
Schwerer Visusverlust	18,9	18,2	19,5
Krebserkrankungen	18,3	22,4	15,5
Depression	17,7	10,6	22,6
Hyperurikämie	17,3	23,7	12,9
Atherosklerose/PAVK	16,7	23,4	12
Neuropathien	14,7	17,3	13
Darmdivertikel	14,5	13	15,5
Herzinsuffizienz	13,1	14,9	11,8
Chronische Gastritis/ Refluxösophagitis	12,9	11,9	13,6
Hirnschämie	11,8	15,1	9,5
Prostatahyperplasie	11,4	27,9	/
Niereninsuffizienz	10,7	15,8	7,1
Herzklappenstörungen	9,4	10,2	8,8
Chronische Cholecystitis/ Gallensteine	7,9	7,2	8,3
Leberkrankheiten	7,7	9	6,8
Schwindel	7,7	6,3	8,7
Hämorrhoiden	7,5	10,2	5,6
Harninkontinenz	7,2	3,3	9,9
Somatoforme Störungen	6,1	3,7	7,7
Schlafstörungen	5,6	6,2	5,1
Schwerer Hörverlust	5,2	6,8	4,2
Allergien	4,9	3,4	6
Adipositas	4,8	4,9	4,8
Anämien	4,3	5,9	3,1
Rheuma	4,2	2,2	5,6
Angstzustände	4,1	2,2	5,3
Psoriasis	3,6	5	2,7
Migräne/ chronischer Kopfschmerz	3,5	1,5	4,9
Gynäkologische Probleme	2	/	3,4
Parkinson	1,9	2,8	1,4
Nieren-/Urethersteine	1,8	2,6	1,3
Hypotonie	0,5	0,4	0,5
Sexuelle Dysfunktion	0,2	0,5	0
Tabakabusus	0,1	0,2	0

(Alle Angaben in Prozent).

5.2 Bivariate Analyse

Zur bivariaten Analyse wurde eine Kreuztabelle aus den Variablen Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung erstellt. Anschließend wurde das Chi-Quadrat ausgerechnet (s. Tabelle 5). Die Berechnung erfolgte zunächst für alle Studienteilnehmer/-innen und wurde dann stratifiziert nach Geschlecht erneut durchgeführt (s. Tabelle 6 und 7).

Tabelle 5: Kreuztabellen Distress/ soziale Unterstützung/ alle (n=3053)

Alle Studienteilnehmer		Soziale Unterstützung		gesamt
		eingeschränkt	stark	
Distress	unauffällig	336 (11,0%)	2202 (72,1%)	2538 (83,1%)
	erhöht	191 (6,3%)	324 (10,6%)	515 (16,9%)
gesamt		527 (17,3%)	2526 (82,7%)	3053 (100%)

($X^2 = 170$; $p < 0,001$; Cramér's $V = 0,236$; Prozentangaben bezogen auf $n=3053$).

Tabelle 6: Kreuztabelle Distress/ soziale Unterstützung/ männlich (n=1231)

Männer		Soziale Unterstützung		gesamt
		eingeschränkt	stark	
Distress	unauffällig	159 (12,9%)	945 (76,8%)	1104 (89,7%)
	erhöht	50 (4,0%)	77 (6,3%)	127 (10,3%)
gesamt		209 (17,0%)	1022 (83,0%)	1231 (100%)

($X^2 = 50,37$; $p < 0,001$; Cramér's $V = 0,202$; Prozentangaben bezogen auf $n=1231$).

Tabelle 7: Kreuztabelle Distress/ soziale Unterstützung/ weiblich (n=1822)

Frauen		Soziale Unterstützung		gesamt
		eingeschränkt	stark	
Distress	unauffällig	177 (9,7%)	1257 (69,0%)	1434 (78,7%)
	erhöht	141 (7,7%)	247 (13,6%)	388 (21,3%)
gesamt		318 (17,5)	1504 (82,5%)	1822 (100%)

($X^2 = 122$; $p < 0,001$; Cramér's $V = 0,259$; Prozentangaben bezogen auf $n=1822$).

Da alle drei Chi-Quadrate den kritischen Wert von 3,84 für $p=0,05$ übersteigen, kann von signifikanten Ergebnissen gesprochen werden. Die Werte des Cramér's

V lassen in allen drei Fällen eine geringe Korrelation vermuten. Mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 95% kann davon ausgegangen werden, dass zwischen Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung ein geringer Zusammenhang besteht, der nicht von zufälliger Natur ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass die hier gefundene Korrelation in der Realität nicht vorhanden ist, liegt bei weniger als 5%.

An dieser Stelle kann jedoch noch keine Aussage über die wahre Größe des Effekts getroffen werden. Ebenso ist nicht erkennbar, inwieweit sich die Variablen gegenseitig beeinflussen oder ob eventuell andere Variablen diesen Effekt herbeiführen. Diesen Fragen wird im nächsten Abschnitt auf den Grund gegangen.

5.3 Logistische Regression

In Abbildung 1 und 2 sind die Häufigkeitsverteilungen für Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung abgebildet. Das Histogramm für Distress (n=3130) zeigt einen abfallenden Trend. Aus den Daten geht insgesamt hervor, dass das Distress-Niveau bei der Mehrheit (ca. 80%) als unauffällig zu interpretieren ist (Median = 5,0).

Die wahrgenommene soziale Unterstützung hingegen zeigt einen aufsteigenden Trend: Der Großteil der Studienpopulation (n=3174) schätzt die soziale Unterstützung als hoch ein (ca. 80%). Der Median liegt bei 4,14.

Betrachtet man die beiden Histogramme im Hinblick auf eine Korrelationsanalyse, fällt auf, dass überdurchschnittlich viele Personen bei einem unauffälligen Distress-Level angeben, gleichzeitig von hoher sozialer Unterstützung zu profitieren. Dementsprechend könnte man zunächst folgende Vermutung aufstellen: Je höher die soziale Unterstützung, desto niedriger der Stress.

Zur Überprüfung dieser Vermutung wurde bei SPSS mithilfe logistischer Regression eine Zusammenhangsanalyse durchgeführt, dessen Ergebnisse in Tabelle 8 dargestellt werden.

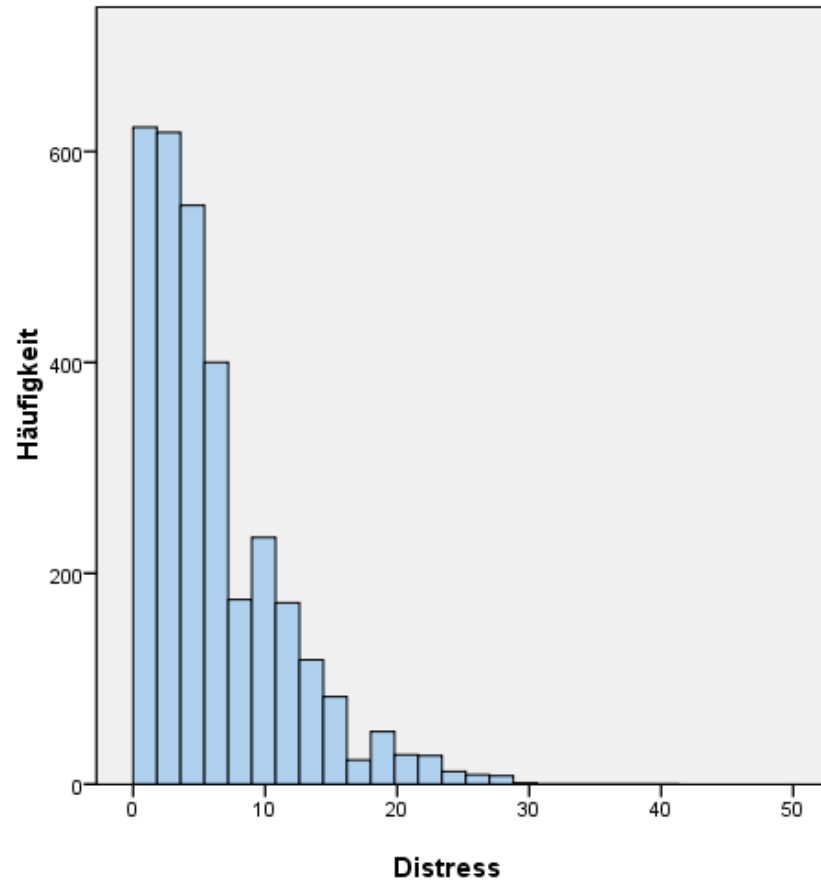


Abbildung 1: Histogramm Distress

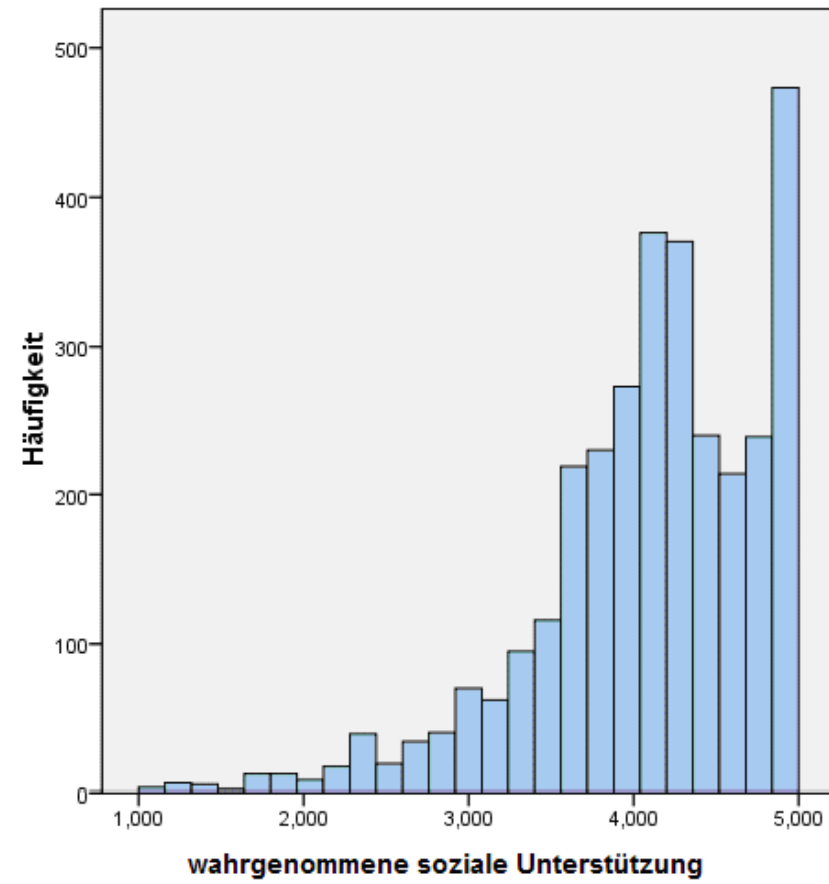


Abbildung 2: Histogramm wahrgenommene soziale Unterstützung

Tabelle 8: Logistische Regression/ alle (n=3189)

Alle Studienteilnehmer	Regressions-			
	koeffizient	Signifikanz	OR	95%-CI
Alter	-0,010	0,322	0,991	0,972-1,009
Bildung	0,016	0,820	1,017	0,882-1,172
soziale Unterstützung	-1,365	<0,001	0,255	0,206-0,317

(OR = Odds Ratio; 95%-CI = 95%-Konfidenzintervall).

Die Variablen Alter (OR=0,991) und Bildung (OR=1,017) weisen jeweils ein Signifikanzniveau von $>0,05$ auf, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass diese keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit haben, an Distress zu leiden.

Bei der wahrgenommenen sozialen Unterstützung hingegen konnte ein hoch signifikanter Zusammenhang gezeigt werden: Eine Person mit hoher sozialer Unterstützung weist ein um 74,5% verringertes Risiko auf, an Distress zu leiden, als Personen mit geringer sozialer Unterstützung.

Die logistische Regression wurde ebenfalls stratifiziert nach Geschlecht durchgeführt. Die Berechnungen werden in den Tabelle 9 und 10 dargestellt.

Tabelle 9: Logistische Regression/ männlich (n=1231)

Männer	Regressions-			
	koeffizient	Signifikanz	OR	95%-CI
Alter	0,190	0,302	1,019	0,983-1,057
Bildung	0,304	0,009	1,356	1,077-1,706
soziale Unterstützung	-1,35	<0,001	0,259	0,174-0,386

(OR = Odds Ratio; 95%-CI = 95%-Konfidenzintervall).

Tabelle 10: Logistische Regression/ weiblich (n=1822)

Frauen	Regressions-			
	koeffizient	Signifikanz	OR	95%-CI
Alter	-0,029	0,011	0,971	0,949-0,993
Bildung	-0,052	0,601	0,949	0,780-1,155
Soziale Unterstützung	-1,449	<0,001	0,235	0,180-0,306

(OR = Odds Ratio; 95%-CI = 95%-Konfidenzintervall).

Anhand der Odds Ratio Werte für Männer lässt sich erkennen, dass die Variable Alter (OR=1,019) keinen signifikanten Einfluss auf Distress aufweist. Bildung (OR=1,356) hingegen stellt bei männlichen Studienteilnehmern einen Risikofaktor dar: So hat ein Mann mit einem mittleren Bildungsstand ein um 35,6% erhöhtes Odds Ratio, an Distress zu leiden, als ein Mann mit einem niedrigen Bildungsstand. Starke soziale Unterstützung (OR=0,259) wirkt hingegen als Schutzfaktor: Die Stresswahrscheinlichkeit verringert sich bei männlichen Personen mit hoher sozialer Unterstützung um 74,1% im Vergleich zu denen, die nur von geringer sozialer Unterstützung berichten.

Für weibliche Studienteilnehmer lässt sich bei der Variable Bildung (OR=0,949) kein signifikanter Zusammenhang erkennen, während dieser für die Variablen Alter (OR=0,971) und soziale Unterstützung (OR=0,235) gezeigt werden konnte: Die Erhöhung des Alters um ein Jahr reduziert die Wahrscheinlichkeit an Distress zu leiden um 2,9%. So hat eine 66-Jährige Frau beispielsweise im Vergleich zu einer 65-Jährigen, ein um 2,9% verringertes Risiko, an Distress zu leiden. Weiterhin agiert starke soziale Unterstützung als Schutzfaktor: Die Wahrscheinlichkeit an Distress zu leiden, wird für Frauen mit hoher sozialer Unterstützung um 76,5% verringert, verglichen mit Frauen, die geringe sozialer Unterstützung angegeben haben.

6. Diskussion

Im Folgenden werden die zuvor präsentierten Ergebnisse diskutiert und mit bisher veröffentlichten Zahlen aus anderen Studien zu diesem Thema verglichen. Weiterhin werden die Resultate kritisch hinsichtlich ihrer Stärken und Limitationen begutachtet, um anschließend Implikationen für die weitere Forschung zu formulieren.

6.1 Bedeutung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der deskriptiven Analyse zeigten zunächst, dass die Mehrheit der Studienteilnehmer/-innen ein unauffälliges Distress-Niveau aufwies (81,5%). Die in Kapitel 2 beschriebenen Studien publizierten für ältere Menschen eine Stressprävalenz zwischen 4,9% und 46%. In der MultiCare Kohorte sind 16,7% von erhöhtem Distress betroffen, womit sich die in dieser Studie ermittelten Daten ebenfalls in dieser Spannweite befinden. Interessant sind jedoch die geschlechterspezifischen Zahlen, die bei doppelt so vielen älteren Frauen wie Männern erhöhten Distress zeigen (21,2% vs. 10,2%). Dies deckt sich mit veröffentlichten Zahlen aus der Literatur für die Allgemeinbevölkerung, aus denen zu entnehmen ist, dass Frauen meist öfter von Distress betroffen sind als Männer (z. B. Hapke et al., 2013, S. 750). Eine erhöhte Stressprävalenz bei älteren Frauen könnte damit begründet werden, dass sie eine höhere Lebenserwartung haben und dadurch häufiger an familiäre Leistungen, wie der häuslichen Pflege des Partners, gebunden sind. Das Überleben des Lebensgefährten und das (meist) alleinige Zurückbleiben nach ihrem Tod, einhergehend mit der Angewiesenheit auf professionelle Unterstützung im Hochbetagten-Alter könnten Erklärungen dafür sein, weshalb hier im Vergleich zu Männern höhere Prävalenzen festgestellt werden konnten (z. B. Backes, 2005, S. 35). So leben in der MultiCare Kohorte beispielsweise 47,5% der älteren Frauen allein (Männer: 17,6%), auch sind sie öfter verwitwet als männliche Studienteilnehmer (39,1% vs. 10,9%).

Signifikante Unterschiede lassen sich im Gegensatz dazu aber nicht bei der Variable soziale Unterstützung erkennen: Die errechneten Zahlen für Frauen und

Männer weichen nur marginal voneinander ab. Von hoher sozialer Unterstützung berichten 81,0% der Frauen und 80,2% der Männer. Auch dieses Ergebnis bestätigt bereits vorhandene Daten aus anderen Studien hinsichtlich der Größenordnung, aber auch der geringfügigen Abweichung zwischen geschlechterdifferenzierten Zahlen (z. B. RKI, 2012, S. 135).

Anhand der Ergebnisse aus der bivariaten Analyse kann abgelesen werden, dass die Mehrheit der älteren, multimorbiden Personen bei starker sozialer Unterstützung ein nur geringes Distress-Niveau aufweist (72,1%). Eine Stratifikation nach Geschlecht zeigt, dass zwischen Frauen und Männern einige Differenzen zu erkennen sind. Interessanterweise deuten die Daten darauf hin, dass Frauen im Vergleich zu Männern trotz einer doppelt so hohen Stressbelastung keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der Wahrnehmung von sozialer Unterstützung zeigen. So fühlen sich 69,0% der Frauen bei Stress stark unterstützt und 76,8% der Männer. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Frauen durch ein bewussteres Gesundheitsverhalten besser mit Stress umgehen und diesen dadurch leichter kompensieren können, sodass im Gesamtvergleich keine wesentlichen Differenzen zwischen Frauen und Männern mehr erkennbar sind. Dies könnte z. B. auch dadurch bestätigt werden, dass Frauen bei Umfragen mehr soziale Kontakte angeben als Männer und im Bedarfsfall öfter auf diese zurückzugreifen scheinen (z. B. Kienle, Knoll, Renneberg, 2006, S. 111). Weiterhin wird in der Literatur berichtet, dass Frauen zwar häufiger über Belastungen und Krankheiten klagen, gleichzeitig aber auch ein größeres Engagement zeigen, diese bewältigen zu wollen (Zemp, Ackermann-Liebrich, 1988, S. 191).

Die Zusammenhangsanalyse und Signifikanzüberprüfung durch Chi-Quadrat und Cramér's V zeigen eine geringe, aber statistisch signifikante Korrelation zwischen den beiden Variablen Distress und sozialer Unterstützung, der auch nach der Stratifikation nach Geschlecht weiterhin stabil blieb. Da der Cramér's V aber lediglich positive Zahlen zeigt, konnte hinsichtlich der Richtung des Zusammenhangs keine Aussage getroffen werden.

In der multivariaten Analyse war das Ziel, die einzelnen Effekte der unabhängigen Variable wahrgenommene soziale Unterstützung, sowie den soziodemografischen Variablen Alter und Bildung auf die abhängige Variable Distress aufzuzeigen. Ebenfalls sollte hier anschließend eine geschlechterspezifische Analyse vollzogen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die gefundene Korrelation zwischen Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung aus den bivariaten Berechnungen auch nach einer multivariaten Analyse mittels logistischer Regression gefunden werden konnte. Die Zahlen blieben sowohl bei der Betrachtung für die gesamte Studienpopulation, als auch nach einer Stratifikation nach Geschlecht, konstant. Somit kann von einem signifikanten Zusammenhang zwischen diesen Variablen innerhalb der multimorbiden, älteren Bevölkerung ausgegangen werden. Bei Personen mit hoher sozialer Unterstützung kann eine um 74,5% verringerte Stressprävalenzrisiko gezeigt werden ($OR=0,255$). Bezogen auf das Geschlecht ergibt sich für Frauen ein um 76,5% ($OR=0,235$) und für Männer ein um 74,1% ($OR=0,259$) verringertes Risiko. Auch hier zeigt sich zwischen weiblichen und männlichen Studienteilnehmern ein nur minimaler Unterschied. Da dieser lediglich 0,024 Punkte auf einer Skala von 1 bis 5 beträgt, ist die Relevanz des gefundenen Ergebnisses allerdings in Frage zu stellen.

Es wurden weiterhin die beiden Variablen Alter und Bildung in die Analyse miteinbezogen. Es ergaben sich für beide Variablen zunächst keine relevanten Ergebnisse. Erst nach einer Stratifikation des Datensatzes nach Geschlecht waren kleine Unterschiede zu erkennen.

Die Variable Alter zeigt z. B. bei Frauen im Gegensatz zu Männern, geringe, aber signifikant positive Ergebnisse ($OR=0,971$). Die Variable Bildung stellt hingegen für ältere Frauen keinen relevanten Einfluss auf die Stresswahrscheinlichkeit dar, während dieser für männliche Studienteilnehmer zu erkennen ist ($OR=1,35$). Eine denkbare Erklärung wäre, dass Männer nach den Jahren in der Rolle als Hauptverdiener und Familiernährer Probleme haben, sich ohne die bisherigen Strukturierungen durch die Berufstätigkeit, an die neue Lebensweise als Rentner

zu gewöhnen (Backes, 2005, S. 36). Den heutigen älteren Frauen hingegen könnte der Eintritt ins Rentenalter leichter fallen, da sie mehrheitlich die zu den Männern komplementäre Familienrolle einnahmen, einen niedrigeren Bildungsstand hatten und eher für Haus, Familie sowie Kindererziehung zuständig waren (Backes, 2005, S. 34). Demnach wären sie von weniger starken altersbedingten Umorientierungen betroffen.

Zusammenfassend lassen die Auswertungen darauf schließen, dass bei älteren, multimorbiden Personen ein signifikanter Zusammenhang zwischen Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung besteht. Die Ergebnisse blieben nach sowohl bivariater, als auch multivariater Analyse, bei der die soziodemografischen Faktoren Alter, Bildung und Geschlecht miteinbezogen wurden, stabil. Eine Stratifikation nach Geschlecht ergab, dass zwischen Frauen und Männern kleine, signifikante Abweichungen bezüglich des Einflusses von sozialer Unterstützung auf Stress zu finden sind (OR=0,235 vs. OR=0,259). Weiterhin zeigt sich, dass die Variable Alter in diesem Zusammenhang für Frauen relevant ist, während die Variable Bildung für männliche Studienteilnehmer bedeutsam zu sein scheint. Die Ursachen für die gefundenen Differenzen liegen möglicherweise zum einen in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Rollenerwartungen und zum anderen in den verschiedenen sozialen und kulturellen Strukturen für Frauen und Männer. Trotz signifikanter Ergebnisse sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern jedoch sehr gering, sodass diese hinsichtlich ihrer Relevanz kritisch zu betrachten sind.

6.2 Vergleiche mit anderen Studien

Zunächst erfolgt ein Vergleich der Häufigkeitsverteilungen mit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (GEDA) des RKI. Diese befragte 5774 Personen zu ihrer subjektiven Gesundheit. Dabei wurde auch nach der sozialen Unterstützung im Zusammenhang mit Stress gefragt. Die Ergebnisse zeigten, dass in der deutschen Allgemeinbevölkerung (18 bis 64 Jahre) 32,5% der Frauen und 20,8% der Männer von Stress betroffen waren und gleichzeitig von einer nur geringen sozialen Unterstützung berichteten (Hapke et al., 2013, S. 750). Aus den

Daten der MultiCare Cohort Study kann man ablesen, dass hingegen 4,0% der älteren, multimorbiden Männer und 7,7% der Frauen von erhöhtem Distress und gleichzeitiger eingeschränkter sozialer Unterstützung betroffen waren. Aus der Tatsache, dass die älteren, multimorbiden Personen jedoch eine etwas höhere Stressprävalenz aufgezeigt haben als die Allgemeinbevölkerung (16,7% vs. 11%), lässt sich vermuten, dass ältere Patienten/-innen trotz einer höheren Stressbelastung diese besser zu kompensieren scheinen.

Die norwegische Querschnittsstudie von Boen, Dalgard und Bjertness untersuchte die Zusammenhänge zwischen psychologischem Distress, somatischen Gesundheitsproblemen und sozialer Unterstützung. Sie konnte bei einer Studienpopulation von 2387 Patienten/-innen im Alter von 65 Jahren und älter ebenfalls einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Distress und sozialer Unterstützung zeigen (OR=0,61). Diese Studie ist der MultiCare Cohort Study in ihrem Design und ihrer Studienpopulation sehr ähnlich. Es wurden Personen ab einem Alter von 65 Jahren eingeschlossen und institutionalisierte Personen ausgeschlossen. Das Durchschnittsalter liegt mit 77 Jahren im Vergleich zur MultiCare Kohorte (74 Jahre) geringfügig höher. Die ermittelten Unterschiede hinsichtlich des Einflusses von sozialer Unterstützung auf Stress könnten auf verschiedene Erhebungsmethoden zurückgeführt werden. Des Weiteren wurde Multimorbidität in der norwegischen Studie nicht gemessen. Die Datenerhebung erfolgte außerdem in der MultiCare Cohort Study durch Face-to-Face-Interviews, in der norwegischen Studie hingegen durch postalisch versendete Fragebögen. Ebenfalls unterscheiden sich die eingesetzten Instrumente zur Messung von Distress und sozialer Unterstützung. So werden in der norwegischen Studie lediglich drei Items zur sozialen Unterstützung abgefragt, während es bei der MultiCare Cohort Study 14 Items gewesen sind. Insgesamt wurden keine geschlechterspezifischen Daten für ältere Menschen publiziert.

Eine kanadische Langzeitstudie ermittelte anhand 2440 Probanden/-innen einen Einfluss von sozialer Unterstützung auf Stress. Die Ergebnisse waren für weibliche Studienteilnehmer im Gegensatz zu männlichen signifikant. Sie zeigen einen

OR=0,34 (CIHI, 2012, S. 5). Allerdings muss hervorgehoben werden, dass der Anteil weiblicher Studienteilnehmer fast doppelt so groß war wie die der männlichen Teilnehmenden (1660 Frauen vs. 780 Männer) (ebenda, S. 3). Es ist daher anzunehmen, dass der gefundene Unterschied darauf zurückzuführen sein könnte. Eine Vergleichbarkeit dieser Studie zu MultiCare ist weiterhin schwierig, da sich zum einen die Studiendesigns unterscheiden (Kohorten- vs. Querschnittsstudie, da bisherige Daten der MultiCare Cohort Study nur auf den Baseline-Daten basieren) und weil zum anderen Differenzen im Einschlussalter zu finden sind: Die kanadischen Zahlen beziehen sich auf ältere Personen bereits ab einem Alter von 55 Jahren (MultiCare: ab 65 Jahre). Differenzierte Daten für Männer und Frauen wurden nicht veröffentlicht.

Die einzige gefundene Studie, die zum Zusammenhang zwischen Distress und sozialen Kontakten bei älteren Menschen auch geschlechterbezogene Daten liefert, ist eine Längsschnittstudie aus Australien. Die Ergebnisse zeigen für ältere Männer der Altersgruppe 65 bis 74 Jahren einen OR=0,30 und für Frauen einen OR=0,28. Somit ergibt das für weibliche ältere Personen einen minimal höheren Einfluss von sozialer Unterstützung auf Distress als bei Männern. Die Ergebnisse ähneln denen der MultiCare Studie, dennoch muss hier hervorgehoben werden, dass zwar zur Messung von Stress ein ähnliches Instrument genutzt worden ist (50 Items wurden in einer fünfstufigen Likert-Skala abgefragt) aber in dieser Studie nicht der Einfluss von sozialer Unterstützung auf Stress gemessen wurde, sondern der Einfluss sozialer Kontakte. Weiterhin unterscheiden sich die beiden Studien hinsichtlich ihres Studiendesigns (Längsschnitt vs. Querschnitt) (Phongsavan et al., 2013, S. 933). Auch diese Ergebnisse zur geschlechterspezifischen Differenzierung sind trotz ihrer Signifikanz kritisch zu betrachten, da diese sehr gering sind.

Insgesamt zeigt ein Vergleich der Ergebnisse der MultiCare Cohort Study mit anderen Studien zu diesem Thema einen Konsens hinsichtlich des statistisch signifikanten Zusammenhangs zwischen Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung. Weiterhin konnte hier, wie schon in anderen Studien, gezeigt

werden, dass die Richtung des Effekts positiv ist, wahrgenommene soziale Unterstützung somit als Schutzfaktor agiert und eine stressreduzierende Wirkung hat. Allerdings ist der gefundene Einfluss von sozialer Unterstützung in der MultiCare Kohorte im Vergleich zu anderen Ergebnissen etwas höher.

Weiterhin ist zu beachten, dass in keiner der zum Vergleich aufgeführten Studien multimorbide Personen berücksichtigt wurden. Es ist daher anzunehmen, dass weitere Unterschiede auf die Präsenz von Multimorbidität in der MultiCare Studie zurückzuführen sind. So ist aus einigen Studien beispielsweise ersichtlich, dass Multimorbidität sich maßgeblich negativ auf die Krankheitswahrnehmung und das subjektive Wohlbefinden von Patienten/-innen auswirken kann (Hodek, Ruhe, Greiner, 2009, S. 1199).

6.3 Limitationen und Stärken

Der Fokus der MultiCare Cohort Study lag auf multimorbiden, älteren Patienten/-innen in der hausärztlichen Versorgung. Multimorbidität wurde als das Vorhandensein von mindestens drei chronischer Krankheiten definiert, während in anderen Studien bereits weniger Erkrankungen ausreichten, um Personen als multimorbid zu deklarieren. Die Ergebnisse einer Non-Responder Analyse zeigen, dass jüngere Teilnehmer/-innen (65 bis 74 Jahre) eine 26% höhere Chance hatten, in die Studie mit aufgenommen zu werden, als Patienten/-innen der Altersgruppe 75 Jahre und älter. Es konnte aber keine Selektion aufgrund eines Gender Bias nachgewiesen werden. Weitere Grenzen äußern sich in den strengen Einschlusskriterien der Studie: So wurden Demenzpatienten/-innen und Patienten/-innen in Pflegeheimen aufgrund ihrer mangelnden Einwilligungsfähigkeit von der Studie ausgeschlossen. Zusätzlich wurden die Studienteilnehmer/-innen nur aus deutschen Großstädten rekrutiert, sodass ländliche Gebiete in der Studie nicht repräsentiert werden können. Da die Ergebnisse außerdem lediglich auf den Baseline-Daten basieren, sind weitere Bias denkbar, die auf das querschnittliche Studiendesign zurückzuführen sind. Diese können erst bei Verfügbarkeit der Datensätze für die Follow-Up Erhebungen identifiziert werden (Schäfer et al., 2012, S. 12).

Eine der Stärken der Studie ist ihre hohe Datenqualität, die zum einen durch geschulte Interviewer/-innen und zum anderen durch eine Vielzahl von Maßnahmen zur Prävention ungenügender Daten erreicht werden konnte. Zudem wurden die erhobenen Daten bei der Eingabe in die Datenmaske automatisch auf Konsistenz und Plausibilität geprüft. Die Morbiditätsangaben wurden nicht nur von den Patienten/-innen erfragt, sondern zusätzlich auch von ihren Hausärzten/-innen; sowohl in einem persönlichen Interview, als auch durch die elektronische Patientenakte. Die Triangulation zielte auf eine möglichst vollständige Erfassung der Erkrankungen zugunsten einer hohen Datenqualität ab. Weiterhin wurden die Patienten nicht über die sogenannte „Wartezimmer-Rekrutierung“ ausgewählt, sondern per Zufall aus den Patientenlisten der Hausarztpraxen angeschrieben (ebenda).

Als vorteilhaft erwies sich auch das Analyseverfahren der logistischen Regression, da die einzelnen Effekte der unabhängigen Variablen Bildung, Alter und Geschlecht auf die abhängige Variable Distress differenziert abgebildet werden konnten.

Weiterhin wurde die Validität des eingesetzten Fragebogens zur Messung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung bereits empirisch belegt und ihre Konsistenz als „sehr zufriedenstellend“ beschrieben (Fydrich et al., 2009, S. 47). Ähnliches wurde für die verwendete „4-Dimensionale Beschwerdeliste“ zur Messung von Distress publiziert. Die Distress-Skala weist einen Cronbachs-Alpha Wert von $>0,9$ auf, weshalb die Zuverlässigkeit bzw. Konsistenz des Instruments als sehr gut zu interpretieren ist (Terluin et al., 2004, S. 199).

7. Fazit

Das Ziel dieser Untersuchung war die Analyse des Einflusses von wahrgenommener sozialer Unterstützung auf Distress. Zum einen sollte hierbei der Fokus auf ältere Patienten/-innen gelegt werden, da die Bevölkerungsstruktur sich durch den demografischen Wandel zunehmend verändert und einen stetigen Anstieg der in Deutschland lebenden älteren Menschen zur Folge hat. Zum anderen war ein weiterer Schwerpunkt die Untersuchung dieses Zusammenhangs aus geschlechterspezifischer Perspektive, da u. a. durch unterschiedliche gesellschaftliche und soziale Rahmenbedingungen Differenzen zwischen älteren Frauen und Männern hinsichtlich ihrer Gesundheit und Lebensqualität verursacht werden.

Die Ergebnisse aus bi- und multivariaten Analysen konnten einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Distress und wahrgenommener sozialer Unterstützung in der älteren, multimorbiden Bevölkerung zeigen. Aus den Daten ist zu entnehmen, dass Personen dieser Altersgruppe bei hoher sozialer Unterstützung ein um ca. 75% verringertes Stressniveau aufzeigen. Ebenfalls ist aus den Daten ersichtlich, dass zwischen Frauen und Männern in diesem Zusammenhang signifikante Unterschiede festzustellen sind, die unter Berücksichtigung weiterer Variablen, wie z. B. Alter und Bildung, größer werden. So weisen die Ergebnisse der Analyse darauf hin, dass das Alter für Frauen einen Schutzfaktor gegenüber Stress darstellt, während für ältere Männer Bildung in diesem Kontext maßgeblich relevant ist und sich überraschenderweise als Risikofaktor erweist. Allerdings ist die Relevanz des gefundenen Unterschieds kritisch zu betrachten, da dieser ins Verhältnis gesetzt nur marginal bis unbedeutend groß ist.

Nichtsdestotrotz könnten die Ergebnisse dazu genutzt werden, die Altersforschung in eine geschlechterspezifischere Richtung zu lenken. In der Literatur konnten einige mögliche Erklärungen für die gefundenen Phänomene gefunden werden, die allesamt darauf hinweisen, dass die Unterschiede zwischen älteren Frauen

und Männern ihren Ursprung in den gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Strukturen haben könnten. Obwohl diese Differenzen keine relevanten Einflüsse auf die subjektive Einschätzung der Patienten/-innen über die wahrgenommene Unterstützung bei Stress zeigen konnten, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass sehr wohl andere Lebens- bzw. Gesundheitsbereiche älterer Personen von diesen Unterschieden betroffen sein könnten. Von daher sollte im Hinblick auf die immer älter werdende Gesellschaft, eine den älteren Frauen und Männern angepasste Prävention von sozialer Benachteiligung im Alter gefördert und somit ihre gesundheitliche Lage verbessert werden.

Im Hinblick auf weitere Forschungen zu diesem Thema wären Studien bei der zukünftigen älteren Bevölkerung aufschlussreich, da sich die heutige ältere Bevölkerung z. B. hinsichtlich ihres Bildungsstands, ihrer Rollenvorstellungen und sozialen Strukturen deutlich von der zukünftigen älteren Bevölkerungsgruppe unterscheidet. Es ist denkbar, dass der in dieser Arbeit untersuchte Zusammenhang bei zukünftigen Gruppen andere Ergebnisse hervorbringen könnte.

Literaturverzeichnis

1. Backes, G. M. (2005). Alter(n) und Geschlecht: ein Thema mit Zukunft, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 49-50, S. 31-38.
2. Blitzko-Hoener, M., Weiser, M. (2012). Soziale Ungleichheit und Geschlecht – Zur Situation von Frauen im Alter, in: Kleiner, G. (Hrsg.), Alter(n) bewegt: Perspektiven der sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 119-153.
3. Boen, H., Dalgard, O. S., Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study, in: BMC Geriatrics, 12. Jg., Nr. 27, S. 1-12.
4. Caetano, S. C., Silva, C. M. F. P., Vettore, M. V. (2013). Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-related health status among older adults: a population-based study in Brazil, in: BMC Geriatrics, 13. Jg., Nr. 122, S. 1-14.
5. Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2012). The role of social report in reducing psychological distress. https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_ReducingPsychological%20DistressEN-web.pdf. Stand 14.02.2014.
6. Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system, in: Nature Reviews Endocrinology, Nr. 5, S. 374-381.
7. Cohen, S. (2004). Social relationships and health, in: American Psychologist, 59. Jg., N. 8, S. 676-684.
8. Farias, S. M., Teixeira, O. L., Moreira, W., Oliveira, M. A. F., Pereira, M. O. (2011). Characterization of the physical symptoms of stress in the emergency health care system, in: Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45. Jg., Nr. 3, S. 720-727.
9. Franzkowiak, P. (2011). Soziale Unterstützung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Modellen. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 516-520.
10. Froböse, I., Wallmann, B. (2012). DKV-Report „Wie gesund lebt Deutschland?“ 2012. Köln: Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln.
11. Fromm, S. (2005). Binäre logistische Regression – eine Einführung für Sozialwissenschaftler mit SPSS für Windows, in: Schulze, G., Akremi, L.

- (Hrsg.), Bamberger Beiträge zur empirischen Sozialforschung, Nr. 11, S. 5-34.
12. Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14), in: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 18. Jg., Nr. 1, S. 43-48.
13. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2014). Stress. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8612::Stress. Stand 05.02.2014.
14. Hapke, U., Maske, U. E., Scheidt-Nave, C., Bode, L., Schlack, R., Busch, M. A. (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, 56. Jg., Nr. 5-6, S. 749-754.
15. Heinz, W. R. (2007). Der Lebenslauf, in: Joas, H. (Hrsg.), Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 161-182.
16. Helfrich, H. (2013). Kulturvergleichende Psychologie – Basiswissen Psychologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
17. Hessel, A., Gunzelmann, T., Geyer, M., Brähler, E. (2000). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60-Jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demografische und subjektive Faktoren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 33, S. 289-299.
18. Ho, R. C. M., Neo, L. F., Chua, A. N. C., Cheak, A. A. C., Mak, A. (2010). Research on psychoneuroimmunology: Does stress influence immunity and cause coronary artery disease?, in: Annals Academy of Medicine, 39. Jg., Nr. 3, S. 191-196.
19. Hodek, J. M., Ruhe, A., Greiner, W. (2009). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 12. Jg., Nr. 59, S. 1188-1201.
20. Kienle, R., Knoll, N., Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen, in: Renneberg, B., Hammelstein, P. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 107-122.
21. Kocalevent, R. D., Klapp, B. F., Albani, C., Brähler, E. (2012). Zusammenhänge von Ressourcen, chronisch aktiviertem Distress und Erschöpfung in der deutschen Allgemeinbevölkerung, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 63. Jg., Nr. 3/4, S. 115-121.
22. Kuckartz, U., Rädiker, S., Ebert, T., Schehl, J. (2013). Statistik – Eine

- verständliche Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
23. Lüttinger, P., König, W. (1988). Die Entwicklung einer international vergleichbaren Klassifikation für Bildungssysteme, in: ZUMA Nachrichten, 12. Jg., Nr. 22, S. 1-14.
 24. Marengoni, A., Rizzuto, D., Wang, H.-X., Winblad, B., Fratiglioni (2009). Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population, in: Journal of the American Geriatrics Society, 57. Jg., Nr. 2, S. 225-230.
 25. Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature, in: Ageing Research Reviews, Nr. 10, S. 430-439.
 26. Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R., Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support, in: personality and individual differences, Nr. 35, S. 1919-1929.
 27. Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., Ioannidi-Kapolou, E., Barros, H., Macassa, G., Soares, J. F. J. (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven european countries, in: PlosOne, 8. Jg., Nr. 1, e54856.
 28. Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C.-G., Borgquist, L., Nordström, G. (1993). The characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the present state examination (PSE-9) as a caseness criterion, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Nr. 28, S. 130-133.
 29. Phongsavan, P., Grunseit, A. C., Bauman, A., Broom, D., Byles, J., Clarke, J., Redman, S., Nutbeam, D. (2013). Age, gender, social contacts, and psychological distress: findings from the 45 and up study, in: Journal of Aging and Health, 25. Jg., Nr. 6, S. 921-943.
 30. Robert-Koch-Institut (RKI) (2004). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Berlin: Oktoberdruck.
 31. Robert-Koch-Institut (RKI) (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Ruksaldruck.
 32. Robert-Koch-Institut (RKI) (2014). Gesundheit A-Z. Multimorbidität. <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/M/Multimorbiditaet/Multimorbiditaet.html>. Stand 05.03.2014.

33. Saß, A.-C., Wurm, S., Ziese, T. (2009). Alter=Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung, in: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Oktoberdruck AG.
34. Schäfer, I., Hansen, H., Schön, G., Maier, W., Höfels, S., Altiner, A., Fuchs, A., Gerlach, F. M., Petersen, J. J., Gensichen, J., Schulz, S., Riedel-Heller, S., Lupp, M., Weyerer, S., Werle, J., Bickel, H., Barth, K., König, H.-H., Rudolph, A., Wiese, B., Prokein, J., Bullinger, M., von dem Knesebeck, O., Eisele, M., Kaduszkiewicz, H., Wegscheider, K., van den Bussche, H. (2009). The German Impact MultiCare-Study: Patterns of multimorbidity in primary health care – protocol of a prospective cohort study, in: BMC Health Services Research, 9. Jg., Nr. 145, S. 1-9.
35. Schäfer, I., Hansen, H., von dem Knesebeck O., König, H.-H., Schön, G., Wiese, B., Abholz, H.-H., Bickel, H., Bullinger, M., Gensichen, J., Gerlach, F., Maier, W., Riedel-Heller, S., Weyerer, S., Kaduszkiewicz, H., Wegscheider, K., Scherer, M., van den Bussche, H. (2011). Welche chronischen Krankheiten und Morbiditätsmuster charakterisieren die ältere multimorbide Population in der Hausarztpraxis?, in: Kuhlmei, A., von Renteln-Kruse, W. (Hrsg.), Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, Band 44, Sonderheft 2, S. 76-80.
36. Schäfer, I., Hansen, H., Schön, G., Höfels, S., Altiner, A., Dahlhaus, A., Gensichen, J., Riedel-Heller, S., Weyerer, S., Blank, W. A., König, H.-H., von dem Knesebeck, O., Wegscheider, K., Scherer, M., van den Bussche, H., Wiese, B. (2012). The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results of the multicare cohort study, in: BMC Health Services Research, 12. Jg., Nr. 89, S. 1-15.
37. Scheidt-Nave, C., Richter, S., Fuchs, J., Kuhlmei, A. (2010). Herausforderung an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“, in: Bundesgesundheitsblatt, 53. Jg., Nr. 5, S. 441-450.
38. Schneekloth, U., Leven, I. (2002). Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. München: Infratest Sozialforschung.
39. Schön, G., Hansen, H., Leicht, H., König, H.-H., Scherer, M., Wiese, B., van den Bussche, H., Schäfer, I. (2011). Zentrale Fallzahlen der Baseline MultiCare 1. unveröffentlichtes Paper.
40. Schütte, G. (2011). Vorwort, in: Kuhlmei, A., von Renteln-Kruse, W. (Hrsg.), Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, Band 44, Sonderheft 2, S. 5.
41. Schulz, P., Schlotz, W., Wolf, J., Wüst, S. (2002). Geschlechtsunterschiede bei stressbezogenen Variablen. Der Einfluss der Neigung zur

- Besorgnis, in: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 23. Jg., Nr. 3, S. 305-326.
42. Selye, H. (1976). Stress in health and disease. Boston, Massachusetts: Butterworth Inc.
43. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung/Bevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile. Stand 19.02.2014.
44. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2013). Basistabelle. Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle_Bevoelkerung65.html. Stand 19.02.2014.
45. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2014a). Einwohnerzahl: 80,5 Millionen am Jahresende 2012. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Aktuell.html>. Stand 19.02.2014.
46. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2014b). Lebenserwartung in Deutschland. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungDeutschland.html>. Stand 21.02.2014.
47. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2014c). Lebensbedingungen, Armutsgefährdung. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsum/Lebensbedingungen/LebensbedingungenArmutsgefaehrung/Tabellen/ArmutSozialeAusgrenzung_SILC.html. Stand 06.04.2014.
48. Suter, C., Meyer, P. (1997). Soziale Unterstützung, soziale Beziehungen und Gesundheit bei leicht hilfebedürftigen Betagten, in: Sozial- und Präventivmedizin, Nr. 42, S. 204-215. Basel: Birkhäuser Verlag.
49. Techniker Krankenkasse (TK) (2013). Bleib locker, Deutschland. TK-Studie zur Stresslage der Nation. Hamburg: Techniker Krankenkasse Pressestelle.
50. Terluin, B., van Rhenen, W., Schaufeli, W. B., de Haan, M. (2004). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population, in: Work & Stress, 18. Jg., Nr. 3, S. 187-207.
51. Terluin, B., van Marwijk, H., Ader, H., de Vet, H., Penninx, B., Hermens, M., van Boeijen, C., van Balkom, A., van der Klink, L., Stalman, W. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study

- of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization, in: BMC Psychiatry, 6. Jg., Nr. 34, S. 1-20.
52. Umberson, D., Montez, J. K. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy, in: Journal of Health and Social Behaviour, Nr. 51 (S), S. 54-56.
53. Van den Bussche, H., Scherer, M. (2011). Das Verbundvorhaben „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“ (MultiCare), in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, elektronischer Sonderdruck für H. Bussche, Supplement 2.
54. Wagner, A. (2009). Aktive Entspannung und Stressbewältigung – Wirksame Methoden für Vielbeschäftigte, 6., völlig neu bearbeitete Auflage. Renningen: Die Deutsche Bibliothek.
55. Yeh, S.-C. J., Liu, Y.-Y. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly, in: BMC Health Services Research, 3. Jg., Nr. 9, S. 1-9.
56. Zemp, E., Ackermann-Liebrich, U. (1988). Geschlechterunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten, in: Sozial- und Präventivmedizin, Nr. 33, S. 186-192.

Anhang

Anhang 1: Vier-Dimensionale Beschwerdeliste (4DBL)	54
Anhang 2: Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU K-14).....	58

Anhang 1: Vier-Dimensionale Beschwerdeliste (4DBL)

(Quelle: Baseline-Patientenfragebogen der MultiCare Cohort Study. *Studieninternes Material.*)

4DBL⁸

„Wir möchten nun etwas erfahren über verschiedene Beschwerden und Symptome, die Sie möglicherweise gehabt haben. Dabei geht es immer um solche Beschwerden und Symptome, die Sie letzte Woche (also die letzten 7 Tage inklusive heute) hatten. Beschwerden, die Sie vor der letzten Woche hatten, zählen also nicht.“

„Bitte geben Sie an, wie oft Sie die Beschwerden innerhalb der letzten Woche hatten, indem Sie die am besten passende Antwortmöglichkeit wählen. Denken Sie nicht zu lange über die Antworten nach; meistens ist die erste Antwort, die Ihnen einfällt, die zutreffendste.“

Anweisung: Bitte legen Sie dem Befragten nun die Karte mit den Antwortmöglichkeiten für die 4DBL vor (Karten-ID: „4DBL“).

Hatten Sie <u>letzte Woche</u> Beschwerden wie:	nein	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
4DBL1 Schwindelgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL2 Schmerzhaftige Muskeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL3 Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL4 Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL5 Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL6 Übermäßiges Schwitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL7 Herzklopfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL8 Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL9 Blähungen im Bauch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL10 Sehtrübungen oder Flecken vor den Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL11 Kurzatmigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL12 Übelkeit oder Magenverstimmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Antworten in den Kategorien					

Hatten Sie <u>letzte Woche</u> Beschwerden wie:	nein	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
4DBL13 Schmerzen in Bauch oder Magengegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL14 Kribbeln in den Fingern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL15 Ein drückendes oder beklemmendes Gefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL16 Schmerzen in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL17 Niedergeschlagenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL18 Plötzliches Erschrecken ohne Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL19 Grübeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL20 Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL21 Grundlose Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL22 Lustlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL23 Zittern in der Gegenwart anderer Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL24 Angst- oder Panik-Attacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fühlten Sie sich <u>letzte Woche</u> :	nein	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
4DBL25 angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL26 schnell gereizt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL27 ängstlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie <u>letzte Woche</u> das Gefühl:	nein	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
4DBL28 dass alles sinnlos ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL29 dass Sie sich zu nichts mehr aufrufen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der Antworten in den Kategorien					
--	--	--	--	--	--

Hatten Sie <u>letzte Woche</u> das Gefühl:	nein	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
4DBL30 dass das Leben die Mühe nicht lohnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL31 dass Sie für die Menschen und Dinge um Sie herum kein Interesse mehr aufbringen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL32 dass Sie es nicht mehr schaffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL33 dass es besser wäre, sie wären tot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL34 dass Sie an nichts mehr Freude haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL35 dass es aus Ihrer Situation keinen Ausweg mehr gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL36 dass Sie nicht mehr dagegen an können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL37 dass Sie zu nichts mehr Lust haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie <u>letzte Woche</u> :	nein	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
4DBL38 Schwierigkeiten klar zu denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL39 Schwierigkeiten beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL40 Angst alleine aus dem Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der Antworten in den Kategorien					
--	--	--	--	--	--

Hatten Sie letzte Woche:	nie	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
4DBL41 Situationen, in denen Sie plötzlich emotional geworden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL42 Angst vor Dingen, vor denen man nicht unbedingt Angst zu haben braucht (z.B. Tieren, Höhen, kleinen Räumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL43 Angst davor, Busse, Züge oder Straßenbahnen zu benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL44 Angst, in der Gesellschaft anderer Menschen in Verlegenheit zu geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
4DBL45 Hatten Sie letzte Woche das Gefühl, durch eine unbekannte Gefahr bedroht zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL46 Hatten Sie letzte Woche auch mal den Gedanken, lieber tot sein zu wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL47 Gingen ihnen letzte Woche auch mal Bilder von ergreifenden Erlebnissen durch den Kopf, die Sie miterlebt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL48 Mussten Sie sich letzte Woche hin und wieder anstrengen, um die Erinnerung an ergreifende Erlebnisse zu unterdrücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL49 Mussten Sie letzte Woche bestimmte Plätze meiden, weil Sie Ihnen Angst machten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4DBL50 Mussten Sie letzte Woche bestimmte Handlungen einige Mal wiederholen, ehe sie etwas Anderes tun konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der Antworten in den Kategorien					
--	--	--	--	--	--

Anhang 2: Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU K-14)

(Quelle: Baseline-Patientenfragebogen der MultiCare Cohort Study. *Studieninternes Material.*)

F-SOZU K-14¹⁷

„In diesem Teil geht es um Ihre Beziehung zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehung erleben und einschätzen. Bitte sagen Sie wie sehr die Aussagen jeweils für Sie zutreffen.“

Anweisung: Bitte legen Sie dem Befragten nun die Karte mit den Antwortmöglichkeiten für den F-SOZU K-14 vor (Karten-ID: „SOZU“).

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft ge- nau zu
SOZU1	Ich finde ohne Weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU2	Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkungen so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU3	Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU4	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU5	Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU6	Ich habe Freunde / Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU7	Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU8	Ich habe Freunde / Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU9	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der Antworten in den Kategorien					
--	--	--	--	--	--

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft ge- nau zu
SOZU10 Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU11 Ich fühle mich oft als Außenseiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU12 Bei manchen Freunden/ Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU13 Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOZU14 Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der Antworten in den Kategorien					
--	--	--	--	--	--

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle deutlich kenntlich gemacht.

Hamburg, den 17.04.2014

Truc Sophia Nguyen