

Masterarbeit

**Soziale Unterstützung und subjektive Gesundheit
bei chronisch kranken Personen
ab 50 Jahren in Österreich:
Eine geschlechterspezifische Sekundärdatenanalyse**

eingereicht von

Theresa Prenner, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades
**Master of Science
(MSc)**

Interprofessionelle Gesundheitswissenschaften

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ scient.med. Franziska Großschädl, BSc MSc

Research Professor Priv.-Doz. Dr. Erwin Stolz, MA

Graz, 15.09.2025

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, am 15.09.2025

Theresa Prenner BSc eh.

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich besonders bei meiner Betreuerin Frau Priv.-Dozⁱⁿ. Drⁱⁿ.scient.med. Franziska Großschädl, BSc, MSc und bei meinem Betreuer Herr Research Prof. Priv.-Doz. Dr.phil. Erwin Stolz, MA bedanken. Beide haben mich während der gesamten Masterarbeit mit wertvollen Anmerkungen, konstruktiven Feedback und hilfreichen Ratschlägen sehr unterstützt.

Ein ebenso großer Dank gilt meiner Familie und meinen Freund*innen, welche mich in der gesamten Studienzeit verlässlich begleitet und ermutigt haben.

Besonders bedanken möchte ich mich hierbei bei meinen Eltern, Gerlinde und Claus und bei meinem Freund, Matthias, die immer ein offenes Ohr für meine Lern- und Schreib- Leidensberichte hatten, mich immer wieder motiviert und in jeder Hinsicht unterstützt haben.

Von Herzen danken möchte ich auch meiner Freundin Nina – für die schöne gemeinsame Studienzeit, für die gegenseitige Unterstützung und die vielen gegenseitigen aufmunternden Gespräche sowohl während des Studiums als auch beim Schreiben der Masterarbeit.

Zusammenfassung

Hintergrund: Der demografische Wandel in Europa führt durch sinkende Geburtenraten und steigenden Lebenserwartungen zu einer immer älter werdenden Bevölkerung und in weiterer Folge zu einer enormen Zunahme an chronischen Erkrankungen. Auch in Österreich nimmt die Prävalenz chronischer Erkrankungen zu, vor allem ab dem mittleren und höheren Alter. Neben den medizinischen Folgen wirken sich chronische Erkrankungen ebenfalls erheblich auf die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden betroffener Personen aus. Soziale Unterstützung gilt hierbei als ein zentraler protektiver Faktor, der sowohl strukturelle (z.B. Netzwerkgröße) als auch funktionelle (z.B. emotionale Nähe) Aspekte umfasst und nachweislich positive Effekte auf die subjektive Gesundheit und Lebensqualität hat. Für Österreich fehlen bislang Analysen, die diesen Zusammenhang bei chronisch kranken Personen ab 50 Jahren geschlechterspezifisch untersuchen.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der subjektiven Gesundheit bei Männern und Frauen ab 50 Jahren mit chronischen Erkrankungen in Österreich zu untersuchen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Sekundärdatenanalyse der SHARE Daten durchgeführt. Die Analyse umfasst Personen ab 50 Jahren mit mindestens einer chronischen Erkrankung in Österreich. Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und der subjektiven Gesundheit wurden deskriptive Analysen als auch ordinale Regressionsanalysen durchgeführt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 2.190 Personen in die Analyse eingeschlossen. Am häufigsten bewerteten Männer (39,4 %) als auch Frauen (38,7 %) ihren subjektiven Gesundheitszustand als „gut“. Zudem hatten Frauen ($M = 4$) statistisch signifikant größere soziale Netzwerke als Männer ($M = 3$). Darüber hinaus konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Netzwerkgröße und der subjektiven Gesundheit festgestellt werden ($B = 0,101$; 95%-KI: 0,05 - 0,151). Bezogen auf das Geschlecht gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied.

Hinsichtlich der durchschnittlichen Kontakthäufigkeit konnte ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied beobachtet werden.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen, dass es einen statistisch signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Größe des sozialen Netzwerks und der subjektiven Gesundheit bei chronisch kranken Personen ab 50 Jahren in Österreich gibt. Männer profitierten tendenziell stärker als Frauen, jedoch war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit internationaler Literatur und verdeutlichen die zentrale Rolle sozialer Netzwerke für Gesundheit im Alter. Diverse Programme sollten soziale Netzwerke daher gezielt stärken und genderspezifisch aufbereiten. Darüber hinaus sollte künftige Forschung auch Längsschnittanalysen und qualitative Ansätze beinhalten.

Abstract

Background: The demographic change in Europe is driven by declining birth rates and increasing life expectancy which is leading to an ageing population and a considerable rise in chronic diseases. The prevalence of chronic diseases is also increasing in Austria, particularly among middle-aged and older people. Besides the medical consequences, chronic diseases have a strong impact on subjective health and well-being. Social support is considered a protective key factor, including both structural aspects (e.g. network size) and functional aspects (e.g. emotional closeness) and has been shown to have positive effects on subjective health and quality of life. However, in Austria, there is a lack of analyses that examine this relationship in chronically ill persons aged 50 years and over in a gender-specific manner.

Aim: The aim of this study is to examine the association between social support and subjective health in men and women aged 50 years and over with chronic diseases in Austria.

Method: A secondary data analyses of the SHARE survey was conducted to answer the research question. The analysis included persons aged 50 years and over with at least one chronic condition in Austria. Descriptive analyses and ordinal regression analyses were used to examine the association between social support and subjective health.

Results: In total, 2,190 persons were included in the analysis. Men (39.4 %) and women (38.7 %) most frequently rated their subjective health as “good”. In addition, women (M = 4) had statistically significant larger social networks than men (M = 3). Furthermore, a statistically significant correlation between network size and subjective health was found (B = 0.101; 95% CI: = 0.05 - 0.151). There was no statistically significant difference based on gender and there was no statistically significant difference regarding contact frequency.

Conclusion: The results show that there is a statistically significant positive correlation between network size and subjective health in chronically ill people aged 50 years and over in Austria. Men tend to benefit more than women, but the difference was not statistically significant. The results are consistent with international literature and highlight the central role of social support in later life. Programs should therefore aim to strengthen social networks and be tailored to gender-specific needs. Further research should also include longitudinal and qualitative approaches.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Danksagung	III
Zusammenfassung	IV
Abstract.....	VI
Abkürzungen.....	X
Tabellenverzeichnis	XI
Abbildungsverzeichnis	XI
1 Einleitung	1
1.1 Demografischer Wandel in Österreich.....	3
1.2 Chronische Erkrankungen	4
1.2.1 Definition	4
1.2.2 Prävalenz	5
1.2.3 Häufigste chronische Erkrankungen	5
1.3 Subjektive Gesundheit bei chronischen Erkrankungen	8
1.4 Soziale Unterstützung im Kontext mit chronischen Erkrankungen.....	9
1.5 Theoretischer Rahmen	10
1.6 Forschungslücke und Ziel.....	12
1.7 Forschungsfrage.....	13
2 Methode.....	14
2.1 Forschungsdesign	14
2.2 The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).....	14
2.2.1 Share Population	15
2.2.2 Sampling	15
2.2.3 Datenerhebung	16
2.2.4 Ethische Belange	17

2.3	Beschreibung der Variablen	17
2.4	Datenbereinigung	19
2.5	Umcodieren der Variablen.....	22
2.6	Datenanalyse.....	24
3	Ergebnisse.....	27
3.1	Stichprobe	27
3.2	Grundcharakteristika	28
3.3	Chronische Erkrankungen	30
3.4	Subjektiver Gesundheitsstauts	31
3.5	Informationen zum Sozialen Netzwerk	32
3.6	Regressionsanalyse	32
4	Diskussion	36
4.1	Stärken und Schwächen der Arbeit	41
4.2	Empfehlungen für die Praxis	42
4.3	Empfehlungen für die Forschung	44
5	Schlussfolgerung	46
	Literaturverzeichnis.....	48
	Anhang.....	56

Abkürzungen

B	Schätzer/geschätzter Regressionskoeffizient
CAPI	Computer-unterstützte persönliche Befragung
ca	circa
CATI	Computer-unterstützte Telefonbefragung
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
ELSA	The English Longitudinal Study of Ageing
ESS	European Social Study
EU	Europäische Union
EU-SILC	Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen der europäischen Union
EXP	Exponentialfunktion
HRS	Health and Retirement Study
ISCED	Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens
KI	Konfidenzintervall
M	Mittelwert
OEDC	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OR	Odds Ratio
SHARE	The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
vs	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
χ^2	Chi-Quadrat Test
z.B.	zum Beispiel

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grundcharakteristika	29
Tabelle 2: Prävalenz chronische Erkrankungen stratifiziert nach Geschlecht	30
Tabelle 3: Deskriptive Statistik zu Netzwerkgröße und Kontakthäufigkeit stratifiziert nach Geschlecht	32
Tabelle 4: ordinale Regressionsanalyse: Zusammenhang von Netzwerkgröße und Kontakthäufigkeit unter Kontrolle von Confoundern (N = 2.190)	34
Tabelle 5: ordinale Regressionsanalyse: Zusammenhang von Netzwerkgröße und Kontakthäufigkeit unter Kontrolle von Confoundern inklusive Interaktionseffekt „Geschlecht“ (N = 2.190).....	35

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eigene Darstellung in Anlehnung an die Main-Effect-Theorie von Cohen und Wills (1985)	11
Abbildung 2: Datenbereinigung.....	21
Abbildung 3: Einschätzung der subjektiven Gesundheit in Prozent nach Geschlecht	31

1 Einleitung

In Europa kann der langfristige Trend der immer älterwerdenden Bevölkerung bereits über mehrere Jahrzehnte beobachtet werden. Mit Stand 2023 betrug der Anteil der Personengruppe „65 Jahre und älter“ in Europa noch 21 %, im Jahr 2050 wird dieser Anteil bereits auf 29 % der europäischen Bevölkerung ansteigen (OECD/European Commission, 2024). Diese Entwicklung geht mit einer wachsenden älteren Bevölkerungsgruppe und einem gleichzeitigen Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung einher. Ursachen dafür sind eine sinkende Geburtenrate sowie eine steigende Lebenserwartung (European Commission, 2023). Im Jahr 2023 sank die Geburtenrate im Vergleich zum Vorjahr um 5,4 %, was den stärksten Geburtenrückgang seit 1961 darstellt. Die Fertilitätsrate lag bei 1,38 Kinder pro Frau, während sie im Vergleich zu 2022 noch 1,46 Kinder betrug (Eurostat, 2025c). Gleichzeitig stieg die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt in Europa auf 81,4 Jahre, womit sich im Vergleich zu 2022 ein Plus von 0,8 Jahren ergibt. Zudem bestehen weiterhin deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede, denn Frauen leben im Durchschnitt 5,3 Jahre länger als Männer. Die Lebenserwartung von Frauen liegt durchschnittlich bei 84 Jahren, wohingegen die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern deutlich geringer ist und derzeit 78,7 Jahre beträgt (Eurostat, 2025a).

Der demografische Wandel geht mit einer stetigen Zunahme chronischer Erkrankungen einher, die weltweit eine der größten Herausforderungen darstellen (European Commission, 2023, World Health Organization, 2024b). Dazu zählen insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus (World Health Organization, 2024b). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Schätzungen zufolge 90 % der Todesfälle europaweit auf chronische Erkrankungen zurückzuführen (World Health Organization, 2021c). Zudem verursachen sie 77 % der gesamten Krankheitslast, also der gesundheitliche Verlust im Vergleich zum bestmöglichen Gesundheitszustand (European Commission, 2022a, Hessel, 2008).

Eine hohe Krankheitslast in der Bevölkerung führt nicht nur zu körperlichen, seelischen und finanziellen Belastungen bei Einzelpersonen, sondern lässt auch die gesellschaftlichen Kosten enorm steigen. Chronische Erkrankungen machen den

größten Teil der Gesundheitskosten aus. Abgesehen von den hohen direkten Gesundheitskosten entstehen auch erhebliche indirekte Kosten für die Volkswirtschaft. Diese entstehen unter anderem durch den Verlust von produktiven Lebensjahren auf Grund von vorzeitigen Todesfällen. Schätzungen zufolge gehen der europäischen Wirtschaft dadurch 115 Milliarden Euro verloren. Hinzu kommen Kosten durch den Ausfall von Erwerbspersonen, vermehrte Krankenstände, reduzierte Arbeitszeiten sowie höhere Ausgaben für die Sozialversicherung und Betreuung (OECD/EU, 2016).

Daher sind effiziente Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention notwendig, mit dem Ziel die Prävalenz und Mortalität von chronischen Erkrankungen zu senken (European Commission, 2022a).

Durch geeignete Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wären bis zu 70 % der chronischen Erkrankungen vermeidbar. Dies würde nicht nur zu einer verbesserten Gesundheit der Bevölkerung beitragen, sondern auch zu einer erheblichen finanziellen Entlastung der Europäischen Union (EU) führen. Daher ist es das Ziel der Europäischen Kommission, die EU-Länder bei der Erreichung der globalen Nachhaltigkeitsziele zu unterstützen. Das globale Nachhaltigkeitsziel 3.4 strebt an die vorzeitige Mortalität von chronischen Erkrankungen bis 2030 um ein Drittel zu reduzieren und die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden zu steigern (European Commission, 2022b).

Im Zusammenhang mit dem Auftreten von chronischen Erkrankungen rückt auch das Wohlbefinden als präventiver Faktor zunehmend in den Fokus. Ein höheres subjektives Wohlbefinden geht mit zahlreichen gesundheitlichen Vorteilen einher. Beispiele hierfür sind eine höhere Lebenserwartung (Zaninotto und Steptoe, 2019), eine verbesserte Medikamentenadhärenz bei chronisch Kranken (Bassett et al., 2019) sowie ein insgesamt gesünderes Gesundheitsverhalten (Stenlund et al., 2021). Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Wohlbefinden als einen Zustand positiven Empfindens, welches von einzelnen Personen oder der Gesellschaft erlebt werden kann. Es ist von wirtschaftlichen als auch von ökologischen Faktoren abhängig und beinhaltet ebenfalls die Lebensqualität (World Health Organization, 2021b).

Damit eng verbunden ist die subjektive Gesundheit, die Auskunft über den selbstberichteten Gesundheitszustand einer Person gibt. Gerade bei chronischen Erkrankungen gilt sie als wichtiger Indikator für die Mortalität (DeSalvo et al., 2006,

Dramé et al., 2023). Die aktuelle Studienlage berichtet ein vermindertes subjektives Wohlbefinden und eine schlechtere subjektive Gesundheit im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen (Sheridan et al., 2019, Stacherl und Sauzet, 2023, Palladino et al., 2016).

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Förderung der subjektiven Gesundheit bei chronisch Kranken an Relevanz. Eine kostengünstige und zugleich effektive Maßnahme ist in diesem Zusammenhang die Stärkung sozialer Unterstützung. Hierbei spielen sowohl strukturelle Aspekte wie die Größe eines Netzwerks als auch funktionelle Aspekte, wie erhaltene emotionale Unterstützung, eine zentrale Rolle (Bhatia et al., 2023, Luo et al., 2023, Rafnsson et al., 2015, Maguire et al., 2021).

1.1 Demografischer Wandel in Österreich

Mit Stand 2023 lebten in Österreich 9.104.722 Personen. Diese Zahl erhöhte sich mit Stand vom 01. Jänner 2024 um 0,6 % auf 9.158.750 Personen. Zu dem Zuwachs der Bevölkerung in Österreich kam es vor allem auf Grund von Zuwanderungen, denn auch in Österreich ist die Geburtenrate gesunken. 2022 lag die Geburtenrate noch bei 1,41 Kinder pro Frau. 2023 ist die Rate deutlich gesunken und beträgt nun 1,32 Kinder pro Frau, was ebenfalls den geringsten Wert seit 2001 unterschritten hat. Zusätzlich wurden 2023 auch mehr Verstorbene als Lebendgeborene verzeichnet, wodurch sich eine negative Geburtenbilanz ergibt. Dazu passend zeigt sich ein leichter Anstieg der Lebenserwartung bei der Geburt. Im Jahr 2023 beträgt diese in Österreich für Männer 79,44 Jahre und für Frauen 84,23 Jahre (Statistik Austria, 2024a).

Die zukünftige Bevölkerung in Österreich wird auch weiterhin wachsen und älter werden. Wie zuvor erwähnt ist dieser Prozess auf Zuwanderungen, steigender Lebenserwartung und auf sinkende Geburtenraten zurückzuführen. Prognosen zufolge wird geschätzt, dass die österreichische Bevölkerung von 9,05 Millionen im Jahr 2022 um 6,6 % auf 9,65 Millionen Personen im Jahr 2040 ansteigen wird. Bis 2080 soll die Zahl weiterhin um 13,1 % auf 10,24 Millionen ansteigen. Mit dem generellen Bevölkerungsanstieg wird auch der Teil der älteren Personengruppe steigen. Es ist zu erwarten, dass die Altersgruppe „65 Jahre und älter“ ausgehend von 2022 mit 19,7 % auf 29,1 % im Jahr 2080 ansteigen wird (Statistik Austria, 2024a).

Mit dem demografischen Wandel gewinnt auch das Thema chronische Erkrankungen zunehmend an Bedeutung und wird im folgenden Kapitel näher erläutert.

1.2 Chronische Erkrankungen

In diesem Kapitel wird der Begriff chronische Erkrankungen genauer definiert. Darüber hinaus wird auch die Prävalenz dieser dargelegt und die drei häufigsten chronischen Erkrankungen werden beschrieben.

1.2.1 Definition

Bei chronischen Erkrankungen handelt es sich um Erkrankungen von längerer Dauer, welche durch ein Zusammenspiel von physiologischen, genetischen, verhaltens- und umweltbedingten Aspekten entstehen. Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Krebs und Diabetes mellitus. Chronische Erkrankungen werden auch oft als nichtübertragbare Krankheiten bezeichnet (World Health Organization, 2024b).

Die Risikofaktoren für chronische Krankheiten werden in drei Kategorien unterteilt:

- Verhaltensbedingte Risikofaktoren
- Umweltbedingte Risikofaktoren
- Metabolische Risikofaktoren

Zu den verhaltensbedingten Risikofaktoren zählen vor allem die Lebensstilfaktoren ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut, Tabak- und Alkoholkonsum. Bei den umweltbedingten Risikofaktoren liegt an erster Stelle die Luftverschmutzung, welche auf eine Vielzahl von nichtübertragbaren Krankheiten zurückzuführen ist. Bei metabolischen Risikofaktoren handelt es sich primär um erhöhte Blutzucker-, Blutdruck- und Cholesterinwerte als auch Übergewicht und Fettleibigkeit.

Um chronische Erkrankungen vorzubeugen, ist es oberste Priorität, die vorhin genannten Risikofaktoren zu reduzieren. Hierfür ist jedoch ein umfassender Ansatz, welcher alle Bereiche wie Gesundheit, Politik, Wirtschaft etc. umfasst, notwendig, um gezielte Maßnahmen zur Prävention und Reduktion fördern zu können (World Health Organization, 2024b).

Zur Veranschaulichung werden im Folgenden die Prävalenzraten von chronischen Erkrankungen in Europa und in Österreich dargelegt.

1.2.2 Prävalenz

Im Euroraum¹ geben 38,4 % der Personen zwischen 45 und 64 Jahren an, eine chronische Erkrankung zu haben. Die Zahlen für Österreich liegen hierbei über dem Euro-Durchschnitt, nämlich bei 40,2 %. In der Altersgruppe 65 Jahre und älter nimmt die Prävalenz von mindestens einer chronischen Erkrankung deutlich zu. Die Zahlen für den Euroraum liegen bei 59,2 % und für Österreich bei 53,3 % (Eurostat, 2025b).

Aufgesplittet nach dem Geschlecht ergeben sich ähnliche Ergebnisse. 40,3 % der österreichischen Männer zwischen 45 und 64 Jahren geben an mindestens eine chronische Erkrankung zu haben, der Wert bei den europäischen Männern liegt hierfür bei 37,2 %. In der Altersgruppe 65 Jahre und älter liegt der Wert bei den österreichischen Männern bei 52 % und somit unter dem Wert der europäischen Männer von 58,5 %.

Der Wert der österreichischen Frauen in der Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren liegt bei 40,1 % und der der europäischen Frauen bei 39,6 %. In der Altersgruppe 65 Jahre und älter geben 54,1 % der österreichischen Frauen an eine chronische Erkrankung zu haben. Der Wert für die europäischen Frauen liegt deutlich höher bei 59,9 % (Eurostat, 2025b).

1.2.3 Häufigste chronische Erkrankungen

In diesem Kapitel werden nun die drei häufigsten chronischen Erkrankungen genauer beschrieben.

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Unter den Begriff kardiovaskuläre Erkrankungen fallen eine große Anzahl an Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße. Hierzu zählen vor allem folgende Erkrankungen:

- Koronare Herzkrankheit

¹ bezieht sich auf 20 Länder, welche den Euro als Währung haben

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen
- Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
- Rheumatische Herzkrankheit
- Tiefe Venenthrombose und Lungenembolie
- Kongenitale Herzerkrankungen (World Health Organization, 2021a)

Erkrankungen, welche die Blutgefäße betreffen, sind meist symptomlos, jedoch sind Herzinfarkte oder Schlaganfälle erste Anzeichen hierfür. Zu den Symptomen von Herzinfarkten zählen vor allem Schmerzen in der Brust, in den Armen und im Rücken. Zusätzlich können auch Übelkeit, Atembeschwerden, Schwäche und kalter Schweiß zum Vorschein kommen. Hingegen manifestieren sich bei einem Schlaganfall meist Symptome wie Sprachstörungen, Verwirrtheit, Lähmungserscheinungen verschiedener Körperteile und/oder Koordinationsschwierigkeiten.

Bewegungsarmut, ungesunde Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum zählen zu den größten verhaltensbezogenen gesundheitlichen Risiken in Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen (World Health Organization, 2021a).

Herz-Kreislaufkrankungen stellen 2023 mit 34,7 % die häufigste Todesursache in Österreich dar (Statistik Austria, 2025). Auf Datenbasis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten wurden im Jahr 2019 bei etwa 380.000 Patient*innen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems erfasst. Dies entspricht circa 27 % aller stationären Patient*innen, jedoch handelt es sich hierbei um eine Unterschätzung des Krankheitsbildes, da die Daten für den extramuralen Bereich auf Grund von mangelnder Datenlage in Österreich fehlen (Griebler et al., 2021).

Krebserkrankungen

Krebs, auch bekannt als bösartige Tumore oder Neoplasmen, sind ein Sammelbegriff für eine große Krankheitsgruppe, welche im gesamten Körper auftreten kann. Hierbei kommt es zu einem abnormalen Wachstum von geschädigten Zellen, wodurch bösartige Gewebsneubildungen entstehen können. Die geschädigten Zellen können sich jedoch in anderen Körperteilen und Organen ausbreiten und es kommt zu einer sogenannten Metastasierung (World Health Organization, 2025).

Die Erkrankung entsteht auf Grund von genetischen Faktoren und oder äußeren Einflüssen wie zum Beispiel durch Tabak- und Alkoholkonsum, ultraviolette Strahlung und spezielle Infektionen. Zu den größten Risikofaktoren zählen auch jene der bereits zuvor genannten Risikofaktoren für chronische Erkrankungen wie zum Beispiel ungesunde Verhaltensweisen und Luftverschmutzung. Daher befasst sich auch die Prävention von Krebs mit der Reduktion von verhaltensbedingten und umweltbedingten Risikofaktoren. Ebenfalls können auch Impfungen gegen spezielle Viruserkrankungen einen präventiven Schutz vor bestimmten Krebserkrankungen bieten (World Health Organization, 2025).

In Österreich erkranken jährlich ca. 45.000 Personen an Krebs. Mit Stand 2022 lebten ca. 400.000 Personen mit einer Krebserkrankung. Zudem sind Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Österreich und machen rund ein Fünftel der jährlichen Todesfälle aus (Statistik Austria, 2024b).

Chronische Atemwegserkrankungen

Bei chronischen Erkrankungen der Atemwege sind die Atemwege und andere Lungenstrukturen betroffen. Zu den häufigsten Erkrankungen dieser Gruppe gehören die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), berufsbedingte Lungenkrankheit, pulmonale Hypertonie und Asthma. Zu den Hauptrisikofaktoren zählen vor allem Tabakrauch, Luftverschmutzung, spezielle Chemikalien und Feinstaub. Die Behandlung fokussiert sich hierbei vor allem auf die Symptomlinderung und Symptomkontrolle von Kurzatmigkeit, da chronische Atemwegserkrankungen nicht heilbar sind (World Health Organization, 2024a).

Laut dem österreichischen Gesundheitsbericht leiden in Österreich mit Stand 2019 rund 344.000 Personen ab 15 Jahren an COPD und 289.000 Personen ab 15 Jahren an Asthma (Griebler et al., 2023). Im Jahr 2023 waren sechs Prozent der Todesfälle in Österreich auf Krankheiten der Atmungsorgane zurückzuführen (Statistik Austria, 2025).

In diesem Kapitel wurden die medizinischen Diagnosen von chronischen Erkrankungen genauer erläutert. Jedoch spielt auch die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes eine wichtige Rolle für das Erleben von Krankheiten, daher wird diese im nächsten Kapitel genauer betrachtet.

1.3 Subjektive Gesundheit bei chronischen Erkrankungen

Die Bezeichnung subjektive Gesundheit wird oftmals mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gleichgesetzt und wird laut Schumacher et al. (2003) wie folgt definiert:

„Ein multidimensionales Konstrukt, welches körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bezieht sich somit auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. die erlebte Gesundheit“ (Schumacher et al., 2003)

Die subjektive Gesundheit wird meist mit einer einzigen Frage zur persönlichen Einschätzung der Gesundheit abgefragt². Die Antwortkategorien sind in der Regel in fünf Stufen unterteilt und reichen von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5) (OECD, 2023). Ein Vorteil der Selbsteinschätzung besteht darin, dass sie mit nur einer Frage leicht zu erheben ist. Dies erleichtert nicht nur die Anwendung im Gesundheitssystem, sondern erhöht auch die Akzeptanz in der Bevölkerung. Auf diese Weise kann der Gesundheitsstatus umfassend berücksichtigt werden (Dramé et al., 2023).

Zudem hat sich die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitsstatus über viele Jahre hinweg als wichtiger und zuverlässiger Parameter für den Gesundheitszustand und die Mortalität erwiesen. Personen, die ihre Gesundheit besser einschätzen, weisen in der Regel auch eine geringere Mortalität auf (DeSalvo et al., 2006, Dramé et al., 2023, Wuorela et al., 2020).

Im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen berichtet die Studienlage über eine schlechtere subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes (Palladino et al., 2016, Sheridan et al., 2019, Stacherl und Sauzet, 2023).

Dies hat weitreichende Auswirkungen, denn durch chronische Erkrankungen und einer schlechten subjektiven Gesundheit kommt es vermehrt zu ärztlichen Besuchen und Krankenhausaufenthalten. Dies kann in weiterer Folge in einer ineffizienten Gesundheitsversorgung resultieren (Palladino et al., 2016).

² Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist...

Im nächsten Kapitel wird die soziale Unterstützung im Kontext mit chronischen Krankheiten näher betrachtet, um ihren Bezug zur subjektiven Gesundheit aufzuzeigen.

1.4 Soziale Unterstützung im Kontext mit chronischen Erkrankungen

Sidney Cobb (1976) versteht unter sozialer Unterstützung Informationen, die einer Person Wertschätzung und das Gefühl geliebt zu werden vermitteln und Angehörige eines Netzwerks mit gegenseitigen Verpflichtungen sind. Dieses umfangreiche Konzept kann in verschiedene Dimensionen wie Unterstützung durch Freund*innen, Kolleg*innen, Familienangehörige oder Gemeinschaften eingeteilt werden (Taylor, 2011).

Grundlegend wird soziale Unterstützung in die Kategorien strukturell und funktionell eingeteilt. Strukturelle Merkmale von sozialer Unterstützung beziehen sich auf die Quantität der Beziehungen wie Größe des Netzwerks, Kontakthäufigkeit und Unterstützungshäufigkeit bei Aktivitäten. Hingegen beziehen sich die funktionellen Merkmale auf die Qualität der Beziehungen. Beispiele hierfür sind Integration im sozialen Netzwerk und Beziehungsintensität. Zusätzlich zählen auch emotionale (z.B. Empathie), instrumentelle (z.B. materielle Hilfe) und informationelle (z.B. Ratschläge) Aspekte zu den funktionellen Merkmalen (Drageset, 2021).

Durch strukturelle soziale Unterstützung wie Netzwerkgröße und Kontaktfrequenz als auch durch funktionelle Merkmale wie die wahrgenommene Verfügbarkeit von Unterstützung und emotionale Nähe zum Netzwerk kommt es bei Personen mit chronischen Erkrankungen zu einer signifikanten Steigerung der Lebenserwartung (Bhatia et al., 2023), zu mehreren Lebensjahren ohne Beeinträchtigungen (Bhatia et al., 2023), zu einer verbesserten subjektiven Gesundheit (Luo et al., 2023, Maguire et al., 2021), zu einer verbesserten Selbstwirksamkeit (Luo et al., 2023), zu weniger wahrgenommenen Stress (Luo et al., 2023) und zu einer gesteigerten Lebenszufriedenheit (Rafnsson et al., 2015).

Jedoch darf hierbei nicht außer Acht gelassen werden, dass bei sozialen Netzwerken geschlechterspezifische Unterschiede beobachtet werden können. Die Literatur belegt, dass das soziale Netzwerk von Frauen oft größer ist im Vergleich zu dem von Männern (Cohn-Schwartz und Naegele, 2024, Schwartz und Litwin, 2018, Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023). Im Hinblick auf die untersuchten

chronischen Erkrankungen könnten sich die geschlechterspezifischen Netzwerkmerkmale auch unterschiedlich auf die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung auswirken. Zusätzlich gibt es auch Unterschiede in der Konstellation von sozialen Netzwerken. In sozialen Netzwerken von Männern sind die Partner*innen häufiger die Hauptvertrauensperson als in den von Frauen. Dafür zählen Frauen häufiger Kinder und Freund*innen zu ihren Vertrauten in ihrem sozialen Netzwerk als Männer (Cohn-Schwartz und Naegele, 2024, Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023).

Bezogen auf die subjektive Gesundheit kann der Einbezug von sozialer Unterstützung ebenfalls durch ein theoretisches Modell gestützt werden. Dieses Modell wird im nächsten Unterkapitel näher erläutert.

1.5 Theoretischer Rahmen

Die Main-Effect-Theorie von Cohen und Wills (1985) beschreibt, dass sich durch soziale Unterstützung, in Form von strukturellen als auch funktionellen Merkmalen, ein allgemeiner positiver Effekt ergeben könnte, da Personen von einem großen sozialen Netzwerk mit positiven Erfahrungen versorgt werden. Diese Erfahrungen können das allgemeine Wohlbefinden steigern, da sie ein Gefühl von Stabilität und Vorhersehbarkeit und ein verbessertes Selbstwertgefühl vermitteln. Zusätzlich können durch soziale Unterstützung auch negative Erfahrungen vermieden werden, wodurch die Wahrscheinlichkeit von psychischen oder physischen Beschwerden verringert wird. Das Modell verweist zudem auf die Notwendigkeit eines großen sozialen Netzwerks und deren Stabilität, um das Wohlbefinden zu steigern (Cohen und Wills, 1985).

Aktuelle Forschung untermauert das Konzept und trägt zugleich zu einem vertiefenden Verständnis der zugrunde liegenden Wirkmechanismen bei. Denn neue Forschungen bestätigen die Annahme von Cohen und Wills (1985), dass gesteigertes Selbstwertgefühl und positive Affekte das Wohlbefinden direkt steigern (Laquidara und Lincoln, 2024, Rippon et al., 2024). Thoits (2011) identifizierte zusätzlich sieben sozialpsychologische Mechanismen, welche den direkten Effekt sozialer Unterstützung erklären können. Dazu zählen sozialer Vergleich, soziale Kontrolle, rollenbasierte Sinnggebung, Selbstwertgefühl, Gefühl der Kontrolle über

das eigene Leben, Zugehörigkeit und Kameradschaft und wahrgenommene soziale Unterstützung (Thoits, 2011).

Ein weiterer Aspekt in der Weiterentwicklung des Modells ist die Unterscheidung zwischen der wahrgenommenen und der tatsächlich erhaltenen Unterstützung. Denn allein das Wissen, dass soziale Unterstützung vorhanden ist, kann stressreduzierend wirken und sich positiv auf das Wohlbefinden auswirken. Zusätzlich werden auch die positiven Einflüsse auf die Gesundheit durch strukturelle Netzwerkmerkmale wie Kontakthäufigkeit und Größe des Netzwerks hervorgehoben (Thoits, 2011, Taylor, 2011, Sironi und Wolff, 2021).

Dieses Modell wurde gewählt, da es den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit, insbesondere mit dem Fokus auf strukturelle Merkmale von sozialen Netzwerken, gut veranschaulicht. Zudem ist in Abbildung 1 eine eigene grafische Darstellung in Anlehnung an die Main-Effect-Theorie von Cohen und Wills (1985) ersichtlich.

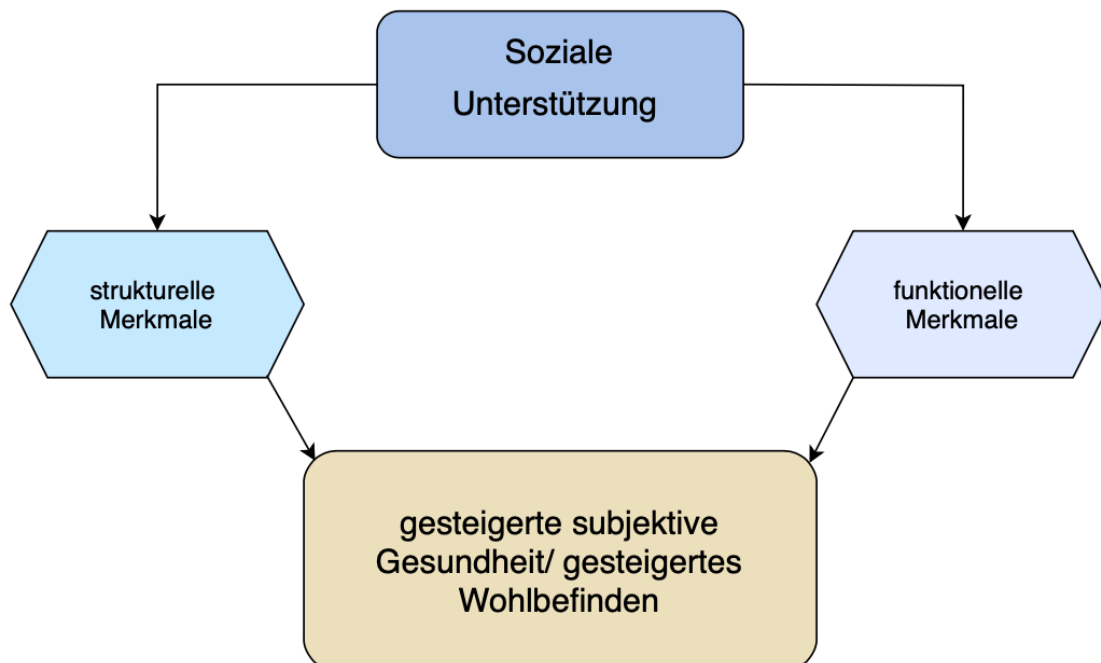


Abbildung 1: Eigene Darstellung in Anlehnung an die Main-Effect-Theorie von Cohen und Wills (1985)

Im Anschluss an die Veranschaulichung des theoretischen Rahmens wird im nächsten Schritt die Forschungslücke und das Ziel der Arbeit näher betrachtet.

1.6 Forschungslücke und Ziel

Obwohl der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und subjektiver Wahrnehmung des Gesundheitszustandes in wissenschaftlichen Arbeiten aufgezeigt werden konnte (Rafnsson et al., 2015, Bhatia et al., 2023, Vila, 2021, Maguire et al., 2021, Luo et al., 2023), fehlen bislang Analysen, die geschlechterspezifische Unterschiede genau betrachten. Zwar ist bekannt, dass Frauen im Durchschnitt größere und diversifiziertere Netzwerke haben, während Männer eher kleinere und partner*innenzentrierte Netzwerke aufweisen (Cohn-Schwartz und Naegele, 2024, Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023, Schwartz und Litwin, 2018), doch ist wenig darüber bekannt, ob und in welchem Ausmaß diese Unterschiede auch zu unterschiedlichen gesundheitlichen Effekten führen. Besonders im Kontext mit chronisch kranken Personen ab dem mittleren und höheren Alter ist dies von großer Relevanz, da soziale Unterstützung eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand darstellt. Erkenntnisse über geschlechterspezifische Unterschiede könnten zudem auch eine Grundlage für die Entwicklung gendersensibler Public-Health-Maßnahmen bilden.

Für Österreich besteht darüber hinaus eine Forschungslücke, denn es fehlen (gender-) spezifische Analysen zu dieser Thematik, die sich auf mittlere bis ältere Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung konzentrieren.

Die Analyse dieser Personengruppe wäre sehr bedeutend, da der älter werdende Teil der Bevölkerung weiterhin steigt und damit auch die Prävalenz von chronischen Erkrankungen zunimmt, wodurch die Sozialsysteme vor große Herausforderungen gestellt werden (European Commission, 2023).

Ziel dieser Arbeit ist es daher, den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der subjektiven Gesundheit bei Männern und Frauen ab 50 Jahren mit chronischen Erkrankungen in Österreich zu untersuchen.

Mit der Beantwortung der Forschungsfrage kann nicht nur ein Beitrag zur Schließung der vorliegenden Forschungslücke geleistet werden, sondern auch auf die Bedeutung von sozialen Netzwerken in Bezug auf chronisch Kranke im österreichischen Kontext hingewiesen werden. Des Weiteren dient die Analyse als Vorlage für mögliche Interventionen zur Verbesserung von sozialen Netzwerken, welche zusätzlich auch genderspezifisch und somit zielgerichtet für Männer und Frauen aufgearbeitet werden können.

1.7 Forschungsfrage

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet:

Inwiefern unterscheidet sich der Zusammenhang sozialer Unterstützung auf die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes zwischen Männern und Frauen ab 50 Jahren mit chronischen Erkrankungen in Österreich?

2 Methode

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfrage beschrieben. Dazu wurde eine Sekundärdatenanalyse durchgeführt. Die Daten hierfür stammen von der „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) (SHARE-ERIC, 2024).

Zu Beginn folgt eine Beschreibung des Forschungsdesigns und der SHARE Daten. Im Folgenden werden die notwendigen Variablen für die Arbeit beschrieben und das weitere Vorgehen dargelegt.

2.1 Forschungsdesign

Eine Analyse von Sekundärdaten wird durchgeführt, wobei Hypothesen getestet oder Fragen untersucht werden, die auf Basis bereits bestehender Datensätze beantwortet werden können. Die Daten hierfür stammen meist aus großen Datenbanken und werden häufig von verschiedenen Forscher*innen genutzt um neue Forschungsfragen beantworten zu können (Flanagan et al., 2025).

Sekundärdatenanalysen sind vor allem vorteilhaft da sie kostengünstig und zeitsparend sind, da die Daten bereits durch andere Personen erhoben wurden. Jedoch ist genau dieser Fakt auch ein Nachteil da die Daten eventuell nicht genau auf die neu gestellte Forschungsfrage zugeschnitten sind (Wickham, 2019).

Die Forschungsfrage dieser Arbeit wird mit den Daten der „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ beantwortet, welche nun im nächsten Unterkapitel genauer erläutert wird.

2.2 The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

SHARE wurde im Jahr 2002 als interdisziplinäre und longitudinale Forschungsinfrastruktur geschaffen, da die Europäische Kommission Interesse an fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen zum demografischen Wandel der EU-Mitgliedsstaaten hat. Das Hauptziel von SHARE ist es, qualitativ hochwertige Paneldaten auf Mikroebene für Europa bereitzustellen, welche wirtschaftliche, gesundheitliche und soziale Aspekte von Personen ab 50 Jahren beinhalten, um Einblicke in den Prozess des Alterns zu ermöglichen. Zusätzlich erhebt SHARE die Daten länderübergreifend, um untersuchen zu können, wie unterschiedlich die

europäischen Sozialstaaten mit der älterwerdenden Bevölkerung umgehen. Des Weiteren können die Daten der SHARE Erhebung sehr gut zu interkulturellen Vergleichen herangezogen werden, da die Erhebung an die Schwesternstudien der USA (Health and Retirement Study – HRS) und England (The English Longitudinal Study of Ageing – ELSA) angelehnt ist und mit ihnen regelmäßig abgestimmt wird (Börsch-Supan et al., 2013).

Derzeit gibt es neun Hauptwellen. Die Erhebung wird alle zwei Jahre durchgeführt. Die erste Welle fand 2004/2005 statt und beinhaltete elf europäische Länder und Israel. Die derzeit neueste Welle (Welle neun) fand 2021/2022 statt und beinhaltete Erhebungen von bereits 28 Ländern (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Israel, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern) (SHARE-ERIC, 2024).

2.2.1 Share Population

Wie bereits erwähnt müssen die Teilnehmer*innen der SHARE Erhebung zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung 50 Jahre oder älter sein, das heißt die rekrutierenden Personen wurden 1971 oder früher geboren. Zusätzlich müssen jedoch weitere Kriterien erfüllt sein, um an der Erhebung teilnehmen zu können: Der Hauptwohnsitz der Partizipant*innen muss in einem SHARE-Land liegen und die Teilnehmer*innen dürfen nicht inhaftiert sein oder sich im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung befinden. Darüber hinaus werden Personen von der Teilnahme ausgeschlossen, wenn sie sich über den gesamten Erhebungszeitraum im Ausland befinden (SHARE-ERIC, 2024).

2.2.2 Sampling

Das Sampling der SHARE Studie basiert auf Wahrscheinlichkeitsstichproben. In jeder neuen Welle werden alle bisher befragten Personen erneut kontaktiert. Zusätzlich werden regelmäßig sogenannte Refreshment Samples hinzugefügt. Hierbei handelt es sich um neue Teilnehmer*innen die entweder Teilnehmende, welche aus der Studie ausgeschieden sind, ersetzen, oder die in früheren Wellen

noch nicht zur Zielpopulation gehörten. In der neunten Welle von SHARE konnten auf Grund der COVID-19 Pandemie keine neuen Refreshment Samples gezogen werden. Stattdessen wurden die in der achten Welle generierten Refreshment Samples herangezogen, da auch diese pandemiebedingt nur eingeschränkt verwendet werden konnten. Die Stichprobenziehung basiert auf Daten von zentralen Melderegistern und weiteren nationalen Datenquellen. Die Auswahl erfolgte mittels Zufallsprinzips und wurde in einigen Ländern zusätzlich stratifiziert. Die Erhebungsphase der neunten Welle erfolgte von Oktober 2021 bis September 2022. Insgesamt wurden über 70.000 Interviews in 28 Ländern geführt (Bergmann et al., 2024, Bergmann und Börsch-Supan, 2021).

2.2.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt durch eine Computer-unterstützte persönliche Befragung (CAPI). Hierbei führen Interviewer*innen persönliche Befragungen anhand eines generischen Fragebogens durch und übertragen die gewonnenen Daten in das CAPI-Tool zur Verarbeitung. Die Befragungen werden persönlich durchgeführt, da diese auch physische Tests beinhalteten. Bei den zwei Zusatzwellen zur Corona Pandemie gab es jedoch pandemiebedingt eine Ausnahme, hier wurden die Befragungen übers Telefon (CATI) durchgeführt (SHARE-ERIC, 2024).

Als Messinstrument wird der Fragebogen von SHARE verwendet, welcher aus verschiedenen Modulen und thematischen Blöcken besteht. Die Module des Fragebogens erstrecken sich über verschiedene Lebensbereiche und beinhalten unter anderem demografische Informationen, Fragen zu Gesundheit, Familie, Wohnsituation, sozialem Netzwerk, Erwerbstätigkeit, Pension und zur finanziellen Lage. Weiters ist anzumerken, dass nicht jede Person alle Fragen erhält, da manche Fragen nur für gewisse Subgruppen bestimmt sind und mit einer „wenn“-Bedingung gekennzeichnet sind. Ebenfalls gibt es unterschiedliche Fragebogen für neue Teilnehmer*innen als für Teilnehmer*innen aus vorherigen Wellen, da nicht alle Fragen, wie zum Beispiel das Geburtsland, erneut abgefragt werden. Für alle teilnehmenden Länder gibt es einen einheitlichen Fragebogen, welcher vorab in die jeweilige Landessprache übersetzt und für das CAPI-Modul aufbereitet wurde (SHARE-ERIC, 2024).

2.2.4 Ethische Belange

Die SHARE Befragung wird fortlaufend auf ethische Standards hin überprüft. Seit der vierten Welle erfolgt das positive Ethikvotum vom Ethikrat der Max-Planck-Gesellschaft. Das Ethikvotum beinhaltet alle Komponenten der SHARE Befragung und es wurde bestätigt, dass die ethischen Richtlinien international vertretbar sind. Das positive Votum für die neunte Welle erfolgte am 08. Juni 2021 (Max Planck Society Ethics Council, 2021).

Zusätzlich werden die befragten Personen im Vorfeld über den Umgang mit den persönlichen und erhobenen Daten aufgeklärt. Es wird darauf hingewiesen, dass strenge Datenschutzvorgaben eingehalten werden und dass die erhobenen Daten nicht auf die jeweiligen Personen rückführbar sind. Die Teilnahme an der Befragung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Des Weiteren haben die Teilnehmer*innen in Bezug auf ihre Daten diverse Rechte, wie zum Beispiel das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung oder Löschung der Daten (SHARE-ERIC).

Nach der Beschreibung der SHARE-Daten wird nun in den folgenden Kapiteln das methodische Vorgehen dieser Arbeit erläutert.

2.3 Beschreibung der Variablen

In diesem Abschnitt werden alle notwendigen Hauptvariablen, welche für die spätere Analyse in dieser Arbeit benötigt werden, beschrieben. Zusätzlich werden auch die Störvariablen, welche das Ergebnis beeinflussen könnten, kurz dargestellt.

Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand

Der allgemeine Gesundheitszustand wird im Modul „Physical Health“ durch eine Frage abgefragt. Hierbei werden die Personen anhand einer Selbsteinschätzungsskala gebeten ihren Gesundheitszustand von 1 („ausgezeichnet“) bis 5 („schlecht“) einzustufen (SHARE-ERIC, 2024).

Chronische Erkrankung

Im SHARE Fragebogen wird abgefragt, ob eine oder mehrere Krankheiten, welche von einem Arzt/einer Ärztin bestätigt wurden, vorliegen. Hierfür kann aus einer Liste von 21 verschiedenen Krankheiten gewählt werden³, zusätzlich bestand die Möglichkeit auch „keine“ oder „andere Erkrankungen“ zu wählen. SHARE behandelt jede einzelne Krankheit als eigene Variable, welche mit „ausgewählt“, „nicht ausgewählt“, „ich weiß es nicht“ oder „Ablehnung“ beantwortet werden kann (SHARE-ERIC, 2024).

Für die Analyse wurde eine Auswahl der Krankheiten getroffen, denn nicht jede dieser gelisteten Krankheiten stellt eine chronische Erkrankung dar, sondern sind eher die Folgen davon. Daher wurden die folgenden Krankheiten ausgeschlossen: Grauer Star, Oberschenkelhals- oder Hüftbruch, andere Knochenbrüche, andere Gemütskrankheiten oder emotionale Erkrankungen, inklusive Angststörungen, Nerven- oder psychiatrischen Problemen sowie andere Krankheiten.

Netzwerkgröße

Die Größe des sozialen Netzwerks wurde anhand der Anzahl der genannten Personen im Modul „Social Network“ abgefragt. Bei dieser Variable können bis zu sieben Personen genannt werden, mit denen die Partizipant*innen im letzten Jahr regelmäßig über wichtige Dinge gesprochen haben (SHARE-ERIC, 2024).

Kontaktfrequenz

Diese Variable fragt ab, wie oft der/die Partizipant*in im letzten Jahr Kontakt zu den angegebenen Personen hatte. Hierbei zählen mehrere Kontaktformen wie persönlich, per Telefon, schriftlich oder auch elektronisch. Es gibt sieben

³ Herzanfall (einschließlich Herzinfarkt, Koronarthrombose oder eine andere Herzkrankheit, einschließlich Herzinsuffizienz), Bluthochdruck oder Hypertonie, Hoher Cholesterinspiegel, Schlaganfall oder Gehirngefäßerkrankung und Durchblutungsstörungen im Gehirn, Diabetes oder hoher Blutzuckerspiegel, Chronische Lungenkrankheit, Krebs oder Malignom, auch Leukämie oder Lymphome (ausgenommen jedoch leichtere Formen von Hautkrebs), Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, sonstige gutartige Geschwüre des Verdauungstraktes, Parkinsonsche Krankheit, Grauer Star, Oberschenkelhalsbruch oder Hüftbruch, Andere Knochenbrüche, Alzheimer, Demenz, hirnlokales Psychosyndrom, Senilität, oder andere ernste Gedächtnisschwächen, Andere Gemütskrankheiten oder emotionale Erkrankungen, inklusive Angststörungen, Nerven- oder psychiatrischen Problemen, Rheumatoide Arthritis, Osteoarthritis oder andere Rheumaerkrankung und Chronische Nierenerkrankung

Antwortmöglichkeiten, wobei „1“ für „Täglich“ und „7“ für „Nie“ steht – je höher der Wert, desto niedriger ist die Kontaktfrequenz (SHARE-ERIC, 2024).

Confounding Variablen

Confounding Variablen werden auch als Störvariablen bezeichnet. Diese Variablen sind grundsätzlich nicht Gegenstand der Forschungsfrage, sondern können den Zusammenhang zwischen den zu untersuchenden Variablen stören beziehungsweise verzerren. Mittels statistischer Verfahren können Störvariablen berücksichtigt werden (Flanagan et al., 2025).

In der vorliegenden Arbeit können folgende Störvariablen einen Einfluss auf die Analyse haben:

- **Alter:** Das Alter wurde als metrische Variable erfasst und entspricht dem Lebensalter der befragten Personen zum Zeitpunkt des Interviews.
- **Geschlecht:** Das Geschlecht liegt als dichotome Variable vor und bezieht sich auf das biologische Geschlecht (männlich oder weiblich).
- **Bildungsniveau:** Das Bildungsniveau wurde anhand der internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED-97) als ordinale Variable abgebildet. Hierbei wird das Bildungslevel in sieben Kategorien von Level 0 (Elementarbereich) bis Level 6 (universitärer Bereich) eingeteilt.
- **Einkommen:** Das Einkommen wurde als metrische Variable in Form des jährliche Nettohaushaltseinkommen in Euro erfasst.
- **Wohnsituation:** Die Wohnsituation wurde als nominale Variable erfasst und unterteilt den Beziehungsstatus in sechs Kategorien⁴ (SHARE-ERIC, 2024).

2.4 Datenbereinigung

Im ersten Schritt erfolgte eine Sichtung des SHARE Release Guides 9.0.0 und des SHARE Fragebogens, um ein besseres Verständnis des Aufbaus, der Daten und der Variablen zu bekommen. In weiterer Folge wurden die notwendigen Module, welche die zu untersuchenden Variablen beinhalten, herausgesucht. Die notwendigen Module für die vorliegende Arbeit lauten: „gv_networks“, „Physical Health“, „Demographics and networks“, „Coverscreen“, „Employment and

⁴ Verheiratet und mit dem/der Ehepartner/in zusammenlebend, Eingetragene Partnerschaft, Verheiratet, getrennt vom/von der Ehepartner/in lebend, Ledig, Geschieden oder Verwitwet

pensions“, „ISCED“ und „gv_imputations“. In diesen Modulen befinden sich relevante Variablen wie soziodemografische Charakteristika, Daten zum sozialen Netzwerk, zur derzeitigen Arbeitssituation, zum Gesundheitszustand, etc. (SHARE-ERIC, 2024).

Die Datenbereinigung erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics Version 28.0.0. Im ersten Schritt wurde mit der Datenbereinigung im Modul „gv_imputations“ gestartet, da in diesem Modul auf Grund von fehlenden Werten Imputationen von SHARE berechnet wurden und somit jede personenspezifische Identifikationsnummer („mergeid“), welche über alle Module und Wellen gleichbleibend ist, fünfmal vorkommt (SHARE-ERIC, 2024). Somit befanden sich in diesem Modul anfänglich 347.235 Fälle.

Dieser Datensatz wird auf Grund der Variable „gesamtes Haushaltseinkommen“ („thinc“) benötigt. Hierbei wurde ein Mittelwert der fünf Imputationen zum Haushaltseinkommen berechnet, danach wurde der Datensatz auf eine „mergeid“ pro Person minimiert. Folglich befanden sich nun nur mehr 69.447 Fälle im Datensatz. Dieser Schritt ermöglicht nun das Zusammenführen mit den anderen Datensätzen. Hierfür wurden die Datensätze nach der „mergeid“ sortiert und in weiterer Folge wurden alle notwendigen Datensätze zu einem Hauptdatensatz über die Schlüsselvariable „mergeid“ zusammengeführt. Die Datensätze „gv_networks“, „Physical Health“, „Demographics and networks“, „Employment and pensions“ und „ISCED“ enthielten am Anfang 69.447 Fälle. Im Modul „Coverscreen“ gab es anfänglich jedoch 97.365 Fälle. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in diesem Modul auch Daten von Angehörigen der Hauptpersonen erhoben wurden. Daher wurden die Nicht-Hauptpersonen über die Variable zum Geschlecht („gender“) herausgefiltert und gelöscht, denn diese Variable wurde nur von den Hauptteilnehmer*innen beantwortet. Danach konnten auch im Modul „Coverscreen“ 69.447 Fälle identifiziert werden. Im nächsten Schritt wurden mit Hilfe einer Filterfunktion die österreichischen Teilnehmer*innen herausgefiltert und alle Teilnehmer*innen von anderen Ländern wurden aus den Datensätzen entfernt. Somit verblieben 3.405 österreichische Teilnehmer*innen im Hauptdatensatz. Zuletzt wurden alle relevanten Variablen im Hauptdatensatz identifiziert (N = 89) und die restlichen Variablen wurden gelöscht (N = 1.239).

In der folgenden Abbildung 1 ist das Vorgehen der Datenbereinigung grafisch dargestellt.

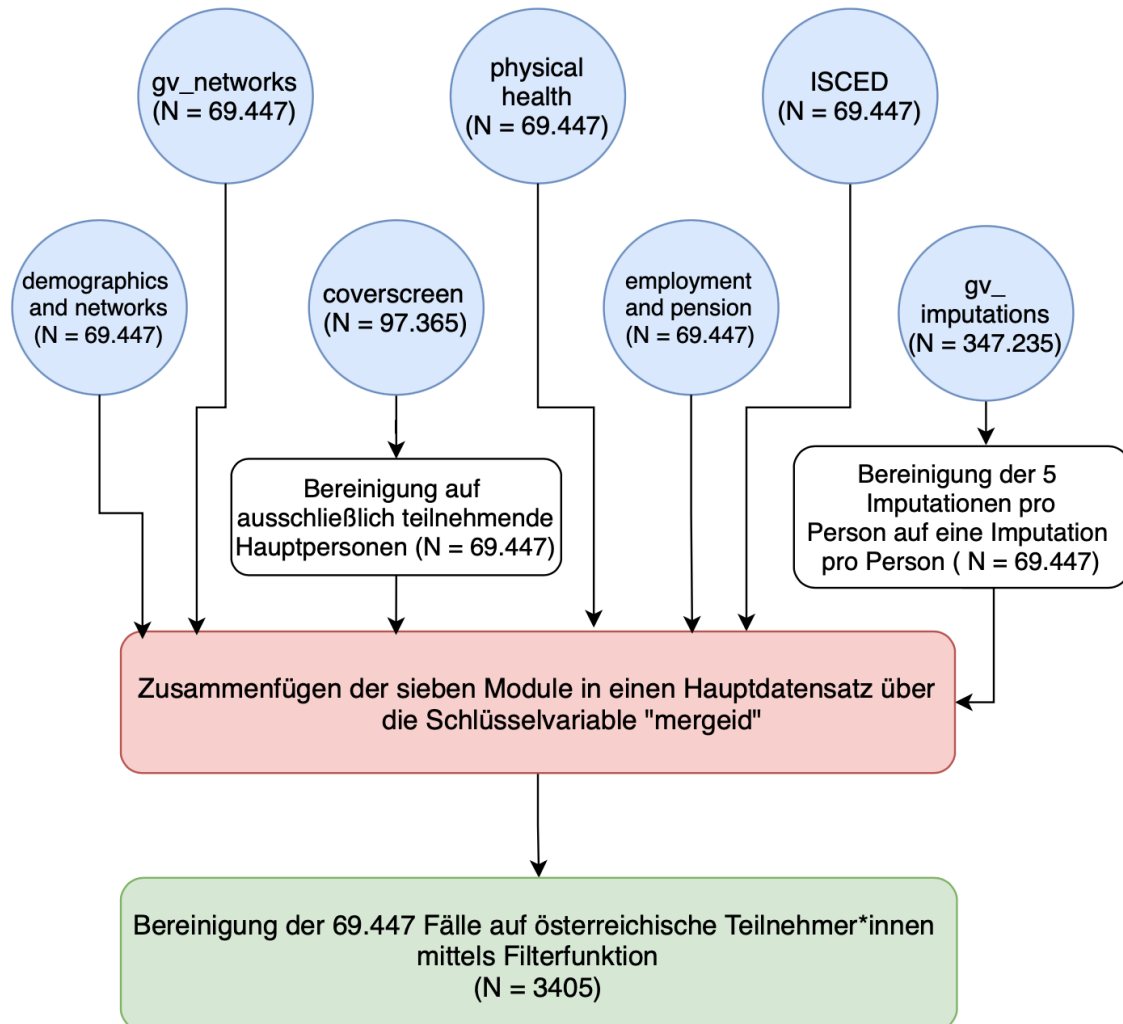


Abbildung 2: Datenbereinigung

2.5 Umcodieren der Variablen

Variablen müssen oftmals vorbereitet beziehungsweise umcodiert werden, damit sie später in der Analyse gezielt verwendet werden können. Der Begriff „codieren“ umfasst das Umwandeln von Daten in Symbole, welche typischerweise Zahlen sind. Dieser Prozess wird beispielsweise benötigt, wenn die Daten in Kategorien eingeteilt werden (Flanagan et al., 2025).

In dieser Arbeit wurden mehrere Variablen in Kategorien zusammengefasst, dies wird im Folgenden nun schrittweise erläutert.

Variable chronische Erkrankungen

Um diese Variablen gezielt für die vorliegende Forschungsfrage nutzen zu können müssen die 23 verschiedenen Variablen zu einer Variable zusammengefasst werden. Ziel der neuen Variable ist es zu erheben wie viele Personen an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Es wurden Häufigkeitstabellen aller eingeschlossenen Erkrankungen gemacht, um die Häufigkeiten der einzelnen Erkrankungen und die fehlenden Werte darstellen zu können. Bei allen Erkrankungen gaben zwei Personen „keine Angaben“, drei Personen „ich weiß es nicht“ an und von sieben Personen fehlten hierbei die Werte. Somit kam es zum Ausschluss dieser insgesamt 12 Personen. Danach wurden die eingeschlossenen 13 Krankheitsvariablen zu einer dichotomen Variable: chronische Erkrankung vorhanden/nicht vorhanden zusammengefasst, um die schlussendliche Zielpopulation darstellen zu können.

Variable zum Bildungsstand

Das Bildungsniveau wurde wie oben bereits erwähnt nach der ISCED-97 Codierung erfasst. Zur besseren Übersicht wurde hier ein drei-stufiges Modell verwendet. Die sieben Bildungslevels wurden in die drei aggregierten Gruppen „niedrige Bildung“ (ISCED Level 0-2), „mittlere Bildung“ (ISCED Level 3-4) und „hohe Bildung“ (ISCED Level 5-6) einteilt. Diese Einteilung wird häufig für diverse Statistiken und Erhebungen auf EU Ebene verwendet (Eurostat, 2024).

Variable zum Einkommen

Für diese ursprünglich metrische Variable wurden drei Kategorien gebildet, um eine bessere Vergleichbarkeit und Übersichtlichkeit zu erlangen. Die Kategorienbildung erfolgte nach dem Tabellenband der Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen der europäischen Union 2022 (EU-SILC) von Statistik Austria. Niedriges Einkommen entspricht einem Einkommen unter 60 % des Medianeinkommens, mittleres Einkommen entspricht einem Einkommen ab 60 % bis unter 180 % des Medianeinkommens und hohes Einkommen wird ab 180 % des Medianeinkommens definiert (Statistik Austria, 2023). Das Medianeinkommen wurde auf Basis der SHARE Daten (Subpopulation 50+ in Österreich) berechnet. Damit orientieren sich die Einkommensschwelle direkt an der untersuchten Zielgruppe.

Variable Alter

Das Alter wurde ebenfalls im Rahmen der Erhebung erfragt und es entspricht dem Alter der befragten Person zum Zeitpunkt des Interviews (SHARE-ERIC, 2024). Diese metrische Variable wurde in drei Altersgruppen unterteilt und ist nun somit ordinal skaliert. Die Einteilung der Gruppen erfolgte in Anlehnung an die Studie von Schmitz und Lazarevič (2020) welche sich ebenfalls mit den SHARE Daten zum Thema geschlechterspezifische Unterschiede in Europa befassen.

Die Einteilung des Alters gliedert sich folgendermaßen: 50-64 Jahre, 65-79 Jahre und über 80 Jahre (Schmitz und Lazarevič, 2020).

Beziehungsstand

Die Variable zum Beziehungsstand umfasst sechs Antwortkategorien aus denen gewählt werden kann⁵ (SHARE-ERIC, 2024). Diese Variable wurde für die Grundcharakteristika so vereinfacht das nur zwischen „in einer Beziehung“ oder „in keiner Beziehung“ unterschieden wird. Des Weiteren mussten bei dieser Variable auf vorherige SHARE Wellen zurückgegriffen werden, da sofern sich der Beziehungsstand im Vergleich zur letzten Erhebung nicht verändert hat, dieser nicht erneut abgefragt wurde. Somit kam es in der neunten Welle zu einigen fehlenden

⁵ Verheiratet und mit dem/der Ehepartner/in zusammenlebend, Eingetragene Partnerschaft (gem. EP-Gesetz), Verheiratet, getrennt vom/von der Ehepartner/in lebend, Ledig, Geschieden oder Verwitwet

Werten, welche jedoch durch die vorherigen SHARE Erhebungen wieder hergestellt wurden.

Haushaltsgröße

Die Variable zur Haushaltsgröße wird von SHARE über alle im Haushalt lebenden Personen, von welchen ebenfalls Basisinformationen erhoben werden, generiert. Die Werte entsprechen der Anzahl der Personen, welche im gemeinsamen Haushalt leben, wobei der Wert „1“ bedeutet, dass die befragte Person allein im Haushalt lebt (SHARE-ERIC, 2024). Auch hier wurden zur besseren Darstellung Kategorien gebildet. Die Kategorien lauten: „alleinlebend“, „zwei Personen im gleichen Haushalt“ und „drei oder mehr Personen im gleichen Haushalt“.

Skalierungsänderung

Die Variablen „subjektiver Gesundheitsstatus“ und „durchschnittliche Kontakthäufigkeit“ wurden hinsichtlich ihrer Skalierung verändert. Der subjektive Gesundheitsstatus wird von SHARE von „1“ (ausgezeichnet) bis „5“ (schlecht) und die durchschnittliche Kontakthäufigkeit von „1“ (täglich) bis „7“ (nie) erhoben (SHARE-ERIC, 2024). Diese Skalierung wurde zur leichteren Interpretation umgedreht, damit höhere Werte für eine bessere Gesundheit beziehungsweise für häufigeren Kontakt stehen. Dieses Prozedere wurde angelehnt an die Studie von Rafnsson et al. (2015), welcher den Einfluss von sozialen Netzwerken auf die subjektive Gesundheit von älteren Personen in England untersucht, durchgeführt. Somit lauten die Skalierungen der beiden Variablen folgendermaßen: subjektiver Gesundheitsstaus von „1“ (schlecht) bis „5“ (ausgezeichnet) und durchschnittliche Kontakthäufigkeit von „1“ (nie) bis „7“ (täglich).

Nach der Umcodierung der relevanten Variablen wird im folgenden Kapitel das methodische Vorgehen der Datenanalyse dargestellt.

2.6 Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics Version 28.0.0. Nach der Datenbereinigung und der Codierung der notwendigen Variablen wurden die Daten in einem gemeinsamen Datensatz analysiert. Für alle relevanten

Variablen erfolgte zunächst eine deskriptive Analyse der Daten. Die deskriptive Statistik dient der Zusammenfassung der Grundcharakteristika einer Population und ermöglicht einen guten Überblick über die Daten. Des Weiteren können die Hauptvariablen damit gut beschrieben werden (Flanagan et al., 2025). Ordinale und dichotome Daten wurden mittels relativer und absoluter Häufigkeiten dargestellt und metrische Daten wurden mittels Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Median, Minimum und Maximum dargestellt. Darüber hinaus wurden die Daten auf statistisch signifikante Unterschiede, bezogen auf das Geschlecht, geprüft. Bei nominalen und ordinalen Daten erfolgte der Signifikanztest mit dem Chi-Quadrat-Test. Bei metrischen Daten erfolgte im Vorfeld der Test auf Normalverteilung. Da die Daten nicht normalverteilt waren wurde der U-Test von Mann und Whitney für zwei unabhängige Stichproben herangezogen. Als statistisch signifikant wurden p-Werte $<0,05$ gewertet.

Für die vertiefende Analyse der Daten kamen multivariate statistische Verfahren zum Einsatz. Hierzu zählt auch die Regressionsanalyse, welche dazu dient, Zusammenhänge zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen zu untersuchen und Vorhersagen zu treffen (Flanagan et al., 2025). In dieser Arbeit ist die abhängige Variable ordinal skaliert, daher wurde für die Analyse das ordinale Regressionsmodell herangezogen. Der subjektive Gesundheitszustand wurde hierfür als abhängige Variable definiert und die Variablen „Netzwerkgröße“ und „Kontakthäufigkeit“ wurden als Hauptprädiktoren in das Modell aufgenommen. Im ersten Schritt wurde eine ordinale Regressionsanalyse mit den Hauptvariablen und den Confoundingvariablen durchgeführt. Zur korrekten Berücksichtigung der kategorialen Confoundingvariablen wurden Dummy Variablen generiert. Dummy Variablen dienen dazu, dass kategoriale Variablen in dichotome Variablen (0/1) transformiert werden. „1“ steht hierbei für das erwünschte Merkmal und „0“ für die Abwesenheit des erwünschten Merkmals. Diese Umcodierung ist notwendig, damit die Variable in multivariaten statistischen Analysen korrekt miteinbezogen werden kann (Flanagan et al., 2025). Zur besseren Interpretierbarkeit der Regressionskoeffizienten (B) wurden Odds Ratios (OR) berechnet. Diese ergeben sich aus der Exponentialfunktion der geschätzten Regressionskoeffizienten: $OR = e^B$ (SPSS analysis, 2025). Odds Ratios beschreiben das Chancenverhältnis für das Vorkommen eines Ereignisses in einer Gruppe im Vergleich zu einer Referenz. Eine OR von 1 deutet auf keinen Unterschied in den Gruppen hin. Werte

größer 1 gehen mit höheren Chancen und Werte kleiner 1 mit niedrigeren Chancen auf das Ereignis einher (Flanagan et al., 2025).

Darüber hinaus wurde ein zweites Modell erstellt, um geschlechterspezifische Unterschiede untersuchen zu können. Hierfür wurden zum bestehenden Modell Interaktionseffekte zwischen dem Geschlecht und den zwei Variablen Netzwerkgröße und Kontaktfrequenz erstellt und hinzugefügt. Ein Interaktionseffekt beschreibt, dass sich der Effekt eines Prädiktors je nach Ausprägung einer anderen Variable verändert (Flanagan et al., 2025). Da sich das Regressionsmodell mit den Interaktionseffekten auf die Referenzkategorie „Männer“ bezieht, wurde für die Interpretation der Effekte für Frauen der geschätzte Koeffizient der Haupteffekte und die entsprechenden Interaktionseffekte (Geschlecht x Prädiktor) addiert und daraus die Odds Ratios berechnet.

Zur Bewertung der Modellgüte der Regressionsanalysen wurde der Likelihood-Ratio-Test herangezogen. Dieser Test prüft, ob das Modell die Daten besser erklärt als ein Null-Modell (IBM SPSS Statistics, 2025a). Zusätzlich wurde die Proportional-Odds-Annahme mit dem Parallelitätstest für Linien überprüft. Dieser Test überprüft die Annahme, dass die Parameter für alle Gruppen gleich sind (IBM SPSS Statistics, 2025b).

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse präsentiert. Zuerst werden die Stichprobe und die Grundcharakteristika der Zielpopulation dargestellt und die Hauptvariablen beschrieben, danach erfolgt die Darstellung der Regressionsanalysen, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen.

3.1 Stichprobe

An der neunten SHARE Welle haben insgesamt 69.447 Personen teilgenommen, wovon 3.405 Teilnehmer*innen aus Österreich stammten (SHARE-ERIC, 2024). Von 3.405 österreichischen Teilnehmer*innen gaben 2.289 Personen (67,2 %) an, an mindestens einer chronischen Erkrankung, welche zuvor definiert wurde, zu leiden. 1.104 Personen (32,4 %) verneinten diese Frage und 12 Personen (0,4 %) wurden aus der Analyse ausgeschlossen auf Grund von Ablehnung, Unwissenheit oder fehlender Werte. Durch die Auswertung der Hauptvariablen und Störvariablen kam es zum Ausschluss von weiteren Fällen. Bei der Variable zur durchschnittlichen Kontakthäufigkeit wurden insgesamt 55 Personen ausgeschlossen (52 Personen auf Grund von Nichtzutreffens und drei Personen auf Grund von Unwissenheit). Bei der Variable zum Bildungsstand wurden weitere 17 Personen ausgeschlossen, zwei auf Grund von Unwissenheit, neun auf Grund fehlender Werte und sechs Personen gaben hierbei „andere Gründe“ an. Zuletzt wurden auch noch 27 Personen bei der Variable zur Berufstätigkeit ausgeschlossen, drei auf Grund von Unwissenheit und 24 auf Grund fehlender Angaben. Nach dem Ausschluss der insgesamt 99 Personen ergab sich eine neue Zielpopulation von 2.190 Personen, welche in die Analyse eingeschlossen wurden.

Im nächsten Unterpunkt und in der folgenden Tabelle 1 werden nun die Grundcharakteristika der Zielpopulation näher erläutert.

3.2 Grundcharakteristika

Die soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmale der Teilnehmer*innen können aus Tabelle 1, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, entnommen werden. Insgesamt leiden mehr Frauen (57,9 %) als Männer (42,1 %) an mindestens einer chronischen Erkrankung. In einigen Variablen zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen ($p < 0,05$). Männer weisen vermehrt ein höheres Bildungsniveau und ein höheres Einkommen auf, während Frauen öfters alleinlebend und seltener erwerbstätig sind.

Tabelle 1: Grundcharakteristika

	Männlich % (N)	Weiblich % (N)
mindestens eine chronische Erkrankung vorhanden	42,1 (922)	57,9 (1268)
Alterskategorien		
50-64 Jahre*	32,0 (295)	28,0 (355)
65-79 Jahre	45,4 (419)	46,5 (590)
80+ Jahre	22,6 (208)	25,5 (323)
Bildungsniveau		
geringes Bildungsniveau*	10,6 (98)	30,8 (390)
mittleres Bildungsniveau*	57,9 (534)	45,1 (572)
hohes Bildungsniveau*	31,5 (290)	24,1 (306)
Beziehungsstatus*		
derzeit in einer Beziehung	76,9 (709)	52,8 (669)
derzeit in keiner Beziehung	23,1 (213)	47,2 (599)
Nettohaushaltseinkommen		
niedriges Einkommen*	10,6 (98)	25,6 (324)
mittleres Einkommen*	72,1 (665)	64,1 (813)
hohes Einkommen*	17,2 (159)	10,1 (131)
Haushaltsgröße		
Alleinlebend*	22,8 (210)	42,8 (543)
zwei Personen im gleichen Haushalt*	64,6 (596)	47,3 (600)
drei oder mehr Personen im gleichen Haushalt*	12,6 (116)	9,9 (125)
Berufstätig*		
Ja	17,7 (163)	12,5 (158)
Nein	82,3 (759)	87,5 (1110)

*p<0,05

3.3 Chronische Erkrankungen

In Tabelle 2 werden die chronischen Erkrankungen nach Prävalenz und stratifiziert nach Geschlecht dargestellt. Die häufigste chronische Erkrankung der untersuchten Population stellte Bluthochdruck dar, mit einer Prävalenz von über 65% bei beiden Geschlechtern. An zweiter und dritter Stelle folgten weitere kardiovaskuläre Erkrankungen: hoher Cholesterinspiegel und Herzanfall. Einen geschlechterspezifischen Unterschied gab es bei der Erkrankung rheumatoide Arthritis. Während 16,6 % der Frauen unter dieser Erkrankung litten, lag der Anteil der männlichen Teilnehmer bei 7,5 %. Ein ähnliches Ergebnis war bei der Erkrankung Osteoarthritis zu sehen. Die Prävalenz bei Frauen lag bei 13,7 % und die Prävalenz bei Männern bei 5,5 %.

Tabelle 2: Prävalenz chronische Erkrankungen stratifiziert nach Geschlecht

	Männlich % (N)	Weiblich % (N)
Bluthochdruck	66,5 (613)	65,1 (825)
Hoher Cholesterinspiegel	36,8 (339)	37,4 (474)
Herzanfall^{6*}	24,3 (224)	17,5 (222)
Diabetes mellitus*	20,7 (191)	16,4 (208)
Rheumatoide Arthritis*	7,5 (69)	16,6 (211)
Chronische Lungenkrankheit	12,5 (115)	10,5 (133)
Osteoarthritis/andere rheumatische Erkrankungen*	5,5 (51)	13,7 (174)
Krebs oder Malignom⁷	7,7 (71)	7,8 (99)
Schlaganfall/ Gehirngefäßerkrankung/ Durchblutungsstörungen im Gehirn*	8,9 (82)	6,5 (82)
Alzheimer, Demenz	4,2 (39)	4,5 (57)
Magen- /Zwölffingerdarmgeschwür⁸	4,1 (38)	4,5 (57)
Chronische Nierenerkrankung	4,0 (37)	2,8 (35)
Parkinson	1,3 (12)	1,1 (14)

*p<0,05

⁶ einschließlich Herzinfarkt, Koronarthrombose oder eine andere Herzkrankheit, einschließlich Herzinsuffizienz

⁷ auch Leukämie oder Lymphome (ausgenommen jedoch leichtere Formen von Hautkrebs)

⁸ inklusive sonstiger gutartiger Geschwüre des Verdauungstraktes

Nach der Veranschaulichung der Häufigkeiten zu den chronischen Erkrankungen wird in weiterer Folge der subjektive Gesundheitsstatus deskriptiv dargestellt.

3.4 Subjektiver Gesundheitsstatus

4,2 % der befragten Teilnehmer*innen bewerteten ihren Gesundheitsstatus als „exzellent“, 17,2 % als „sehr gut“, 39,0 % als gut, 30,8 % als mittelmäßig und 8,9 % schätzten ihren Gesundheitsstatus als „schlecht“ ein. Die folgende Abbildung 2 stellt die Einschätzung der subjektiven Gesundheit in den fünf Kategorien schlecht bis exzellent getrennt nach Geschlecht in Prozent dar. Insgesamt gab es zwischen den Geschlechtern nur geringfügige Unterschiede und es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p = 0,821$). Männliche als auch weibliche Teilnehmer*innen schätzten am häufigsten ihren Gesundheitsstatus als „gut“ ein. Die Mittelwerte für die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes lagen gesamt bei $M = 2,77$ ($SD = 0,97$), für Frauen $M = 2,76$ ($SD = 0,97$) und für Männer bei $M = 2,79$ ($SD = 0,99$).

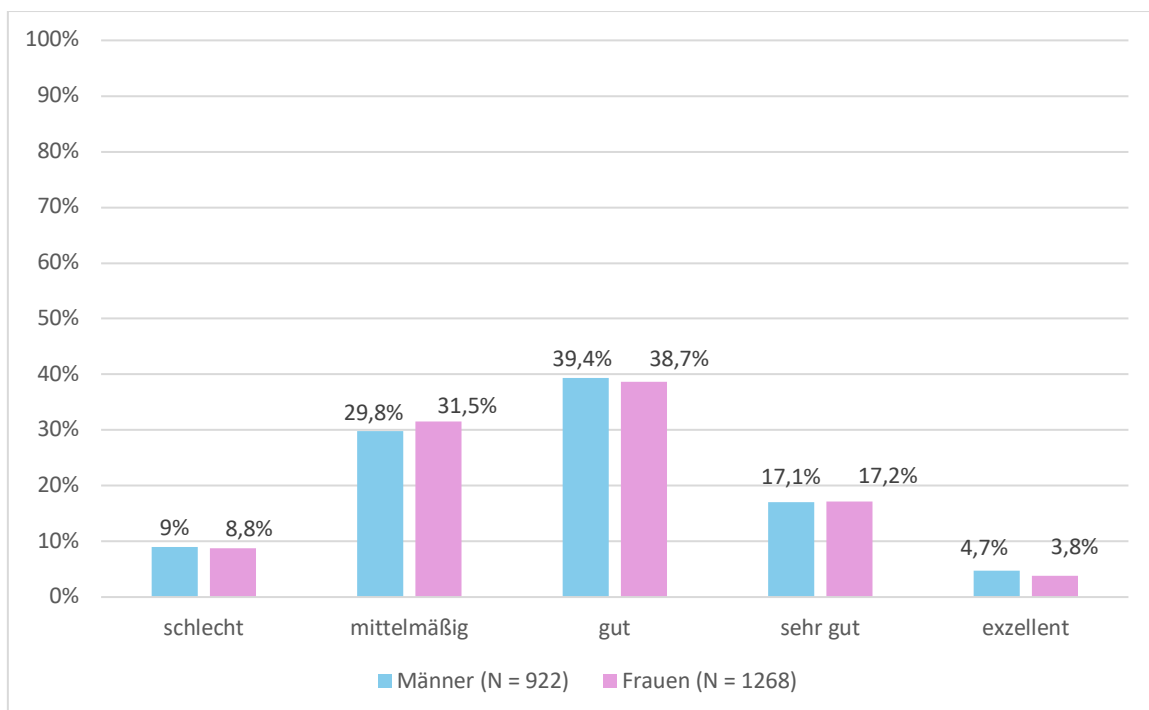


Abbildung 3: Einschätzung der subjektiven Gesundheit in Prozent nach Geschlecht

3.5 Informationen zum Sozialen Netzwerk

Tabelle 3 beinhaltet deskriptive Informationen zum sozialen Netzwerk der teilnehmenden Personen. Hierbei werden die Netzwerkgröße und die durchschnittliche Kontakthäufigkeit getrennt nach Geschlecht dargestellt. Die durchschnittliche Netzwerkgröße bei Männern lag bei $M = 3$ ($SD = 2$) und bei Frauen $M = 4$ ($SD = 2$). Hierbei konnte ein statistisch signifikanter Unterschied von $p < 0,001$ festgestellt werden.

Die durchschnittliche Kontakthäufigkeit bei männlichen Teilnehmern betrug $M = 6,02$ ($SD = 0,82$) und bei weiblichen Teilnehmerinnen $M = 5,98$ ($SD = 0,79$). Bei dieser Variable konnte bezogen auf das Geschlecht kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p = 0,131$).

Tabelle 3: Deskriptive Statistik zu Netzwerkgröße und Kontakthäufigkeit stratifiziert nach Geschlecht

	Netzwerkgröße*		Kontakthäufigkeit	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Mittelwert (M)	3	4	6,02	5,98
Standardabweichung (SD)	2	2	0,82	0,79
Median	3	3	6	6
Minimum	1	1	2	2
Maximum	7	7	7	7

* $p < 0,05$

3.6 Regressionsanalyse

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem subjektiven Gesundheitsstatus und der zwei unabhängigen Variablen Netzwerkgröße und durchschnittliche Kontakthäufigkeit wurde eine ordinale Regression berechnet (siehe Tabelle 4). Neben den Hauptvariablen wurden zusätzlich auch die Störvariablen Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildung und Haushaltsgröße in das Modell aufgenommen.

Die Modellanpassung war statistisch signifikant ($\chi^2 = 220,992$; $p < 0,001$) und die Proportional-Odds Annahme war ebenfalls gegeben ($p = 0,065$).

Die größten positiven Zusammenhänge mit einer besseren subjektiven Gesundheit zeigten sich bei hohem Einkommen (OR = 2,305) und bei hohem Bildungsniveau (OR = 1,904). Ebenfalls war die Netzwerkgröße mit einer höheren subjektiven Gesundheit verbunden. Mit jeder zusätzlichen Person im sozialen Netzwerk, steigt die Wahrscheinlichkeit die eigene Gesundheit, um eine Kategorie besser einzuschätzen um 10,6 %. Die eingeschätzte Gesundheit verschlechtert sich mit dem Alter. Personen über 80 Jahren haben verglichen mit jenen zwischen 50-64 Jahren eine deutlich höhere Chance ($1/0,353 = 2,83$) eine schlechtere subjektive Gesundheit anzugeben.

Tabelle 5 stellt eine weitere Regressionsanalyse dar. Diese Analyse umfasst jedoch zusätzlich einen Interaktionsterm für die Variable „Geschlecht“. Die Modellanpassung bei dieser Analyse war ebenfalls statistisch signifikant ($\chi^2 = 224,610$; $p < 0,001$) und die Proportional-Odds Annahme war gegeben ($p = 0,068$).

Die Effekte beziehen sich auf das männliche Geschlecht, da diese die Referenzkategorie für die Interaktion „Geschlecht“ darstellen. Mit jeder zusätzlichen Person im sozialen Netzwerk steigt die Wahrscheinlichkeit für Männer, die eigene Gesundheit, um eine Kategorie besser einzuschätzen um 16,8 % (OR = 1,168). Die Wahrscheinlichkeit für Frauen ist geringer mit einer Wahrscheinlichkeit von 6,6 % (OR = 1,066) pro zusätzlicher Person. Bei der durchschnittlichen Kontakthäufigkeit betrug die OR für Männer 1,061 und für Frauen 1,067. Bezogen auf das Geschlecht konnte weder bei der Variable zur Netzwerkgröße noch bei der Variable zur Kontakthäufigkeit ein statistisch signifikanter Unterschied beobachtet werden.

Tabelle 4: ordinale Regressionsanalyse: Zusammenhang von Netzwerkgröße und Kontakthäufigkeit unter Kontrolle von Confoundern (N = 2.190)

	Schätzer (B)	Konfidenzintervall 95%		Odds Ratio (Exp(B))
		Untergrenze	Obergrenze	
durchschnittliche Kontakthäufigkeit	0,055	-0,055	0,164	1,057
Netzwerkgröße	0,101	0,05	0,151	1,106
Geschlecht	0,126	-0,039	0,291	1,134
mittleres Bildungsniveau (ISCED 3-4)*	0,343	0,134	0,551	1,409
hohes Bildungsniveau (ISCED 5-6)*	0,644	0,404	0,884	1,904
mittleres Einkommen**	0,409	0,189	0,629	1,505
hohes Einkommen**	0,835	0,514	1,157	2,305
Alterskategorie 65-79 Jahre***	-0,432	-0,618	-0,245	0,649
Alterskategorie 80+ Jahre***	-1,041	-1,263	-0,818	0,353
Haushaltsgröße von 2 Personen****	-0,035	-0,231	0,161	0,966
Haushaltsgröße von 3 oder mehr Personen****	0,028	-0,265	0,321	1,028

Verknüpfungsfunktion: Logit

*Referenzkategorie niedriges Bildungsniveau (ISCED 0-2)

** Referenzkategorie niedriges Einkommen

*** Referenzkategorie Alterskategorie 50-64 Jahre

**** Referenzkategorie Haushaltsgröße von 1 Person

Tabelle 5: ordinale Regressionsanalyse: Zusammenhang von Netzwerkgröße und Kontakthäufigkeit unter Kontrolle von Confoundern inklusive Interaktionseffekt „Geschlecht“ (N = 2.190)

	Schätzer (B)	Konfidenzintervall 95%		Odds Ratio (Exp(B))
		Untergrenze	Obergrenze	
durchschnittliche Kontakthäufigkeit	0,059	-0,105	0,223	1,061
Netzwerkgröße	0,155	0,075	0,235	1,168
Netzwerkgröße x Geschlecht	-0,091	-0,192	0,011	0,913
Kontaktfrequenz x Geschlecht	0,006	-0,205	0,217	1,006
Geschlecht	0,396	-1,044	1,836	1,486
mittleres Bildungsniveau (ISCED 3-4)*	0,347	0,138	0,555	1,415
hohes Bildungsniveau (ISCED 5-6)*	0,649	0,409	0,889	1,914
mittleres Einkommen**	0,413	0,193	0,633	1,511
hohes Einkommen**	0,844	0,522	1,166	2,326
Alterskategorie 65-79 Jahre***	-0,434	-0,62	-0,248	0,648
Alterskategorie 80+ Jahre***	-1,049	-1,272	-0,827	0,350
Haushaltsgröße von 2 Personen****	-0,044	-0,24	0,153	0,957
Haushaltsgröße von 3 oder mehr Personen****	0,017	-0,277	0,311	1,017

Verknüpfungsfunktion: Logit

*Referenzkategorie niedriges Bildungsniveau (ISCED 0-2)

** Referenzkategorie niedriges Einkommen

*** Referenzkategorie Alterskategorie 50-64 Jahre

**** Referenzkategorie Haushaltsgröße von 1 Person

Im Anschluss an die Ergebnispräsentation folgt nun die kritische Auseinandersetzung der Ergebnisse mit bereits bestehender Literatur.

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es zu untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und dem sozialen Netzwerk gibt. Ein besonderer Fokus lag hierbei auf geschlechterspezifischen Unterschieden bei chronisch kranken Personen ab 50 Jahren in Österreich. Insgesamt wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage Daten von 2.190 Personen ausgewertet. Die notwendigen Daten stammten hierbei von der SHARE Befragung der neunten Welle aus dem Jahr 2021/2022.

Die Ergebnisse zeigten, dass die subjektive Gesundheit einen signifikant positiven Zusammenhang mit der Größe des sozialen Netzwerks hatte. Zudem konnte auch ein positiver, jedoch nicht signifikanter Zusammenhang zwischen der Kontakthäufigkeit und der subjektiven Gesundheit festgehalten werden. Darüber hinaus verfügen Frauen statistisch signifikant häufiger über ein größeres soziales Netzwerk als Männer, während bei der durchschnittlichen Kontakthäufigkeit bezogen auf das Geschlecht kein statistisch signifikanter Unterschied gefunden werden konnte. Die subjektive Gesundheit wurde von beiden Geschlechtern, ohne statistisch signifikante Unterschiede, am häufigsten mit „gut“ bewertet.

Außerdem stützen die Ergebnisse auch die Main-Effect-Theorie von Cohen und Wills (1985). Das Modell geht davon aus, dass sozialen Bindungen unabhängig von Stressoren einen direkten positiven Effekt auf die Gesundheit haben (Cohen und Wills, 1985). In diesem Zusammenhang scheinen die Ergebnisse der Arbeit mit dem theoretischen Rahmen im Einklang zu sein, denn sowohl Netzwerkgröße als auch Kontakthäufigkeit waren mit einer besseren subjektiven Gesundheit assoziiert.

Wie bereits berichtet, legten die Ergebnisse nahe, dass es durch ein größeres soziales Netzwerk zu einer signifikanten Verbesserung der subjektiven Gesundheit kommt. Das männliche Geschlecht profitierte davon mehr als das weibliche Geschlecht (16,8 % vs. 6,6 %), jedoch war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Einige Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen, auch wenn die

Erhebungen der subjektiven Gesundheit und der Netzwerkgröße teilweise variieren. In einer indischen Longitudinalstudie konnten ebenfalls statistisch signifikant positive Zusammenhänge zwischen der Netzwerkgröße und der subjektiven Gesundheit aufgezeigt werden. Zudem gab es auch einen stärkeren Zusammenhang beim männlichen Geschlecht, welcher jedoch nicht statistisch signifikant war (Saha et al., 2024).

Eine britische Longitudinalstudie basierend auf älteren Erwachsenen belegte ebenfalls, dass ein größeres soziales Netzwerk mit einer verbesserten Gesundheitseinschätzung assoziiert war (Rafnsson et al., 2015). Darüber hinaus kommen zwei Studien im europäischen Kontext anhand der SHARE Daten zu dem Ergebnis, dass die Netzwerkgröße mit einer besseren Lebensqualität bei älteren Personen in Zusammenhang steht (Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023, Schmidt et al., 2021). Auch wenn die Studie von Schmitz und Cohn-Schwartz (2023) und jene Schmidt et al. (2021) das Hauptaugenmerk auf gesteigerte Lebensqualität setzen, sind die Ergebnisse dennoch für die vorliegende Arbeit von Bedeutung. Dies begründet sich darin, dass in der Literatur die Konzepte subjektive Gesundheit und gesundheitliche Lebensqualität oftmals eng miteinander verbunden sind oder sogar gleichgesetzt werden (Schumacher et al., 2003).

Damit wird deutlich, dass sich der Zusammenhang zwischen Netzwerkgröße und subjektiver Gesundheit in Studien aus verschiedenen Ländern konsistent nachgewiesen werden konnte (Saha et al., 2024, Rafnsson et al., 2015, Schmidt et al., 2021, Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023).

Darüber hinaus zeigte sich in der vorliegenden Analyse, ein positiver, wenn auch nicht statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Kontakthäufigkeit und der subjektiven Gesundheit bei chronisch Kranken ab 50 Jahren. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch eine britische Longitudinalstudie auf Basis der ELSA-Daten⁹. Rafnsson et al. (2015) kamen zu der Erkenntnis das höhere Kontakthäufigkeiten mit einem verbesserten subjektiven Wohlbefinden statistisch signifikant zusammenhängen, zusätzlich kam es bei der Studie auch zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Lebensqualität. Außerdem kamen auch Stavrova und Ren (2021), auf Basis der Daten der European Social Study (ESS) zu

⁹ English Longitudinal Study of Ageing (ELSA): repräsentative Panelstudie zum Thema Gesundheit, Altern und soziale Faktoren in England

der Erkenntnis, dass häufigere soziale Kontakte mit einer besseren Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes einhergehen. In der japanischen Kohortenstudie von Fujiwara et al. (2022) zeigten die Ergebnisse ebenfalls, dass Personen ab 50 Jahren durch höhere Kontakthäufigkeiten ihre subjektive Gesundheit besser einschätzen. Bei der Altersgruppe 50-64 konnte dieser Zusammenhang statistisch signifikant nachgewiesen werden, bei der Altersgruppe 65-84 Jahren war die Tendenz nicht statistisch signifikant. In der Längsschnittstudie anhand der HRS-Daten¹⁰ der USA zeigte sich, dass insbesondere die Häufigkeit von persönlichen Treffen mit Freund*innen einen positiven Einfluss auf die Selbsteinschätzung auf die Gesundheit bei Personen ab 50 Jahren hat. Zusätzlich konnte der Effekt für beide Geschlechter gleichermaßen festgestellt werden (Kim et al., 2023).

Diese Erkenntnisse lassen vermuten, dass die Frequenz der Kontakte mit einem sozialen Umfeld einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes für ältere Personen beitragen, selbst wenn dieser Effekt, gleich wie in der vorliegenden Arbeit, nicht durchgehend statistisch signifikant war.

Ein weiteres zentrales Ergebnis dieser Arbeit war, dass Frauen statistisch signifikant größere soziale Netzwerke aufweisen als Männer. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse deuten jedoch daraufhin, dass Männer etwas stärker vom positiven Effekt größerer Netzwerke auf die subjektive Gesundheit profitierten, auch wenn der geschlechterspezifische Unterschied nicht statistisch signifikant war. Diese Erkenntnis ist auch in anderen Studien, welche zur Analyse die SHARE Daten herangezogen haben, zu erkennen: Frauen weisen im Durchschnitt statistisch signifikant größere soziale Netzwerke auf als Männer (Cohn-Schwartz und Naegele, 2024, Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023, Schwartz und Litwin, 2018, Olofsson et al., 2018, Pavlidis et al., 2022). Zudem wird auch darauf hingewiesen, dass Frauen häufiger Kinder und Freund*innen zu ihrem Netzwerk zählen, wohingegen Männer meist kleinere und partnerschaftszentrierte Netzwerke aufweisen (Cohn-Schwartz und Naegele, 2024, Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023, Schwartz und Litwin, 2018).

¹⁰ Health and Retirement Study (HRS): repräsentative Longitudinalstudie zum Thema Gesundheit, Altern und Ruhestand in den USA

Auffällig ist, dass die in der vorliegenden Arbeit berichtete durchschnittliche Netzwerkgröße höher ausfällt als in den genannten vergleichbaren internationalen Studien. Die durchschnittlichen Werte dieser Arbeit lagen bei $M = 3$ für Männer und $M = 4$ für Frauen. Die Netzwerkgrößen der anderen Studien lagen bei $M = 2,40$ für Männer und $M = 2,77$ für Frauen (Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023), bei $M = 2,48$ für Männer und $M = 2,86$ für Frauen (Cohn-Schwartz und Naegele, 2024), bei $M = 2,28$ für Männer und $M = 2,67$ für Frauen (Pavlidis et al., 2022) und bei $M = 2,3$ für Männer und $M = 2,6$ für Frauen (Olofsson et al., 2018) bei gleicher Erhebungsart der Variable. Dies könnte auf länderspezifische Unterschiede in den familiären Strukturen und Versorgungsstrategien zurückzuführen sein, welche in Österreich eine wichtige Rolle spielen. Damit verdeutlicht die Analyse, dass geschlechterspezifische Unterschiede international konsistent belegbar sind, jedoch auch vom nationalen und kulturellen Kontext abhängen.

Ein weiteres Ergebnis dieser Arbeit befasst sich mit dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand. Die Analyse zeigte, dass Männer und Frauen mit mindestens einer chronischen Erkrankung ihre subjektive Gesundheit am häufigsten mit „gut“ bewerteten. Männer tendierten dazu ihre Gesundheit besser einzuschätzen als Frauen, dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant ($M=2,79$ vs. $M=2,76$). Die durchschnittliche Einschätzung des Gesundheitszustandes liegt sehr nahe an den Ergebnissen von internationalen Studien, welche auf breiteren Bevölkerungsstichproben anhand der SHARE Daten beruhen (Cohn-Schwartz und Naegele, 2024, Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023). Cohn-Schwartz und Naegele (2024) und Schmitz und Cohn-Schwartz (2023) konnten in ihren Studien jedoch statistisch signifikante geschlechterspezifische Unterschiede feststellen, wobei Männer ihren Gesundheitszustand statistisch signifikant besser einschätzten als Frauen. Dieser Effekt lässt sich auch durch andere internationale Analysen belegen: Basierend auf einer multinationalen Stichprobe älterer Personen mit verschiedenen kulturellen Kontexten berichteten Männer über eine statistisch signifikant bessere subjektive Gesundheit als Frauen (Cui et al., 2021, Willerth et al., 2020).

In diesem Zusammenhang ist besonders hervorzuheben, dass die vorliegende Arbeit sich ausschließlich auf Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung ab 50 Jahren in Österreich konzentriert und diesbezüglich keine geschlechterspezifischen Unterschiede aufgezeigt werden konnten. Dies könnte

darauf zurückzuführen sein, dass die gesundheitliche Belastung bei beiden Geschlechtern von vornherein hoch ist, so dass sich die genannten Unterschiede in den breiteren Bevölkerungsstichproben möglicherweise ausgleichen. Auch Schmitz und Lazarevic (2020) kommen anhand der SHARE Daten zu dem Erkenntnis, dass geschlechterspezifische Unterschiede in der Einschätzung der subjektiven Gesundheit stark von der Krankheitslast und dem Kontext abhängen (Schmitz und Lazarevič, 2020).

Ein weiterer Diskussionspunkt dreht sich um die Prävalenz der chronischen Erkrankungen. Die vorliegende Arbeit zeigte, dass Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel und Herzinfarkt die drei häufigsten Erkrankungen darstellen. Diese lassen sich jedoch unter dem Begriff „kardiovaskuläre Erkrankungen“ zusammenfassen und stehen somit im Einklang mit der Literatur. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen nicht nur in Österreich sondern auch weltweit die häufigste chronische Erkrankung dar (World Health Organization, 2024b, Statistik Austria, 2025). Auffällig ist jedoch, dass Krebserkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen in der vorliegenden Arbeit nicht auf Platz zwei oder drei folgen, sondern erst später in der Häufigkeitstabelle erscheinen. Diese Abweichung könnte daraus resultieren, da SHARE lediglich Personen einschließt, die in der Lage sind, ein Interview zu führen. Daher könnten schwer kranke Personen oder sehr pflegebedürftige Personen unterrepräsentiert sein. Zudem ist SHARE eine Panelhaushaltsbefragung und schließt unter anderem auch hospitalisierte Personen und Personen in Pflegeeinrichtungen von der Befragung aus (SHARE-ERIC, 2024).

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass soziale Netzwerke auch bei älteren, chronisch kranken Personen in Österreich eine zentrale Rolle für die subjektive Gesundheit darstellen. Besonders die Netzwerkgröße erwies sich diesbezüglich als bedeutsam. Des Weiteren wurde deutlich, dass Frauen statistisch signifikant größere soziale Netzwerke besitzen als Männer, auch wenn Männer tendenziell stärker davon profitieren.

Anschließend werden die Stärken sowie die methodischen und inhaltlichen Limitationen dieser Masterarbeit dargestellt.

4.1 Stärken und Schwächen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit weist einige Stärken auf, die die Aussagekraft der Ergebnisse untermauern. Ein wesentlicher Vorteil ist die Nutzung von aktuellen und repräsentativen Daten aus der SHARE Datenbank. Außerdem ist die Stichprobe für Österreich mit 2.190 Personen recht groß, somit basiert die Analyse auf einer soliden Datengrundlage und es können verlässliche Aussagen über Personen ab 50 Jahren mit mindestens einer chronischen Erkrankung in Österreich getroffen werden. Zudem stellt auch der Fokus auf diese spezielle Bevölkerungsgruppe eine weitere Stärke dar. Ältere chronisch kranke Personen werden häufig nicht getrennt analysiert, obwohl sie gesundheitlich als auch sozial zu einer vulnerablen Gruppe gehören. Eine weitere Stärke ist die Standardisierung der Erhebungsinstrumente im Rahmen von SHARE, womit auch internationale Vergleiche ermöglicht werden. Außerdem trägt auch die geschlechterspezifische Analyse der Ergebnisse zu einem vertiefenden Wissen bei, da die Geschlechter nicht nur gemeinsam betrachtet wurden, sondern auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen dargelegt wurden.

Neben den positiven Aspekten dieser Arbeit gibt es jedoch auch einige Limitationen zu berücksichtigen, die die Interpretation der Ergebnisse einschränken könnten. Ein methodisches Problem weist die Sampling-Methode von SHARE auf. Es werden nur Personen, die in der Lage sind, ein Interview zu führen, in die Befragung eingeschlossen. Sehr schwer kranke und stark pflegebedürftige Personen, die nicht in der Lage dazu sind oder hospitalisierte Personen werden von der Analyse ausgeschlossen. Dies könnte dazu führen, dass diese Personengruppen in der Befragung unterrepräsentiert sind. Folglich könnte dies auch erklären, warum die Häufigkeitsverteilung der chronischen Erkrankungen nicht mit nationaler als auch internationaler Literatur einhergeht. Darüber hinaus handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Querschnittsanalyse, wodurch keine kausalen Zusammenhänge aufgezeigt werden können, da die Daten nur zu einem einzigen Zeitpunkt erhoben und nicht über einen längeren Zeitraum beobachtet wurden. Auch die Messung der zentralen Variablen stellt eine Einschränkung dar. Die Netzwerkgröße und die Kontakthäufigkeit wurden rein quantitativ untersucht. Qualitative Aspekte wie Beziehungsqualität, Nähe zum sozialen Netzwerk oder

auch die Art der Unterstützung wurden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, wodurch vertiefende Einblicke fehlen. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass alle Angaben zur subjektiven Gesundheit, zum sozialen Netzwerk als auch zum Vorhandensein von chronischen Erkrankungen auf Selbstausskunft der befragten Personen beruhen und eine Validierung dieser fehlt. Daher könnten die Angaben durch verschiedene Faktoren wie Erinnerungsverzerrungen, unbewusste Voreingenommenheit oder soziale Erwünschtheit beeinflusst sein. Schließlich ist auch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse begrenzt. Die Ergebnisse gelten in erster Linie für die österreichische Bevölkerung ab 50 Jahren mit mindestens einer chronischen Erkrankung. Eine Übertragung der Ergebnisse auf andere Altersgruppen oder andere Krankheitsgruppen ist nur bedingt möglich. Zusätzlich darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Datenerhebung der neunten Welle von SHARE gegen Ende der COVID-19 Pandemie stattgefunden hat. Durch Einschränkungen der sozialen Kontakte könnten auch hier die Angaben zur Netzwerkgröße und zur Kontakthäufigkeit beeinflusst worden sein und sollten daher im zeitlichen Kontext betrachtet werden.

Nach der Darstellung der Stärken und Limitationen der vorliegenden Arbeit, werden im nächsten Abschnitt die Empfehlungen für die Praxis erläutert.

4.2 Empfehlungen für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Arbeit belegen, dass es einen relevanten Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und sozialen Netzwerken gibt. Daher können aus den Ergebnissen mehrere Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden. Zunächst sollten Programme zur Stärkung und Erweiterung von sozialen Kontakten für ältere und insbesondere chronisch kranke Personen entwickelt und gefördert werden. Geeignete Maßnahmen wären beispielsweise angepasste Freizeitangebote, Selbsthilfeorganisationen oder auch Initiativen auf Gemeindeebene wie Senior*innentreffs oder Nachbarschaftstreffen. Ein in Österreich bereits umgesetztes Beispiel stellt das Community-Nursing-Programm¹¹ dar. Die Evaluierung des Projekts zeigt, dass durch wohnortnahe Angebote wie

¹¹ Community Nurses sind Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, die niederschwellige und wohnortnahe Unterstützung in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention anbieten.

Gesprächsrunden oder Begegnungscafés soziale Kontakte gestärkt und Einsamkeit reduziert werden konnte. Darüber hinaus erleichtern Community Nurses die soziale Teilhabe auch indirekt, indem sie die Mobilität fördern, Schmerzen lindern und die Versorgungssituation von älteren Personen verbessern (Pichler et al., 2024). Zudem wäre es sinnvoll diese Programme auch geschlechterspezifisch zu gestalten. Frauen haben tendenziell größere Netzwerke als Männer, jedoch können sie meist nicht so gut davon profitieren, da sie in stärkeren Maße Fürsorge- und Pflegeaufgaben übernehmen (García Román und Gracia, 2022, Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023). Daher wäre die Entwicklung von geschlechterspezifischen Maßnahmen hilfreich, um Männer und Frauen optimal unterstützen zu können. Auf der Public Health Ebene sollten Maßnahmen zur Förderung sozialer Unterstützung bei Frauen besonders auch Entlastungsangebote und Programme umfassen, die ihre Rolle als Pflegende berücksichtigen, um ihnen somit einen stärkeren Profit aus ihrem sozialen Netzwerk zu ermöglichen. Im Gegenzug sind die sozialen Netzwerke von Männern oftmals kleiner und stark partner*innenzentriert (Cohn-Schwartz und Naegele, 2024, Schmitz und Cohn-Schwartz, 2023). Im Falle des Partnerschaftsverlustes besteht für Männer ein höheres Risiko für soziale Isolation (Niino et al., 2025). Daher sollten diesbezüglich besonders für Männer Maßnahmen zur Förderung sozialer Netzwerke außerhalb der Partnerschaft erstellt und gefördert werden.

Darüber hinaus sollte auch das Gesundheitssystem den sozialen Strukturen von Personen mehr Aufmerksamkeit schenken. Die Erhebung von sozialen Ressourcen im Rahmen von Anamnesegesprächen könnte helfen, soziale Isolation frühzeitig zu erkennen und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten. Zusätzlich gewinnen digitale Kommunikationsangebote immer mehr an Bedeutung, um eine soziale Teilhabe insbesondere bei Personen mit Bewegungseinschränkungen oder gesundheitlichen Belastungen, die persönliche Treffen erschweren, zu ermöglichen. Dazu zählen vor allem soziale Medien und Videotelefonie. Videoanrufe vermitteln beispielsweise Nähe trotz geografischer Distanz und haben einen positiven Einfluss auf soziale Interaktionen (Naudé et al., 2021).

Ergänzend könnten Informationskampagnen dazu beitragen, die gesundheitliche Bedeutung von sozialen Netzwerken zu verdeutlichen. In Österreich zeigt unter anderem die Initiative „Auf gute Nachbarschaft“ das soziale Beziehungen in der Nachbarschaft einen wichtigen Beitrag zu Lebensqualität und Wohlbefinden

leisten können. Ergänzend hat der Fonds Gesundes Österreich den Projekt-Call „Gemeinsam statt einsam“ ins Leben gerufen, der ab 2026 die soziale Teilhabe älterer Personen stärken und Einsamkeit verringern soll (Fonds Gesundes Österreich, 2025).

Nach den praxisrelevanten Empfehlungen folgen im weiteren Abschnitt die Empfehlungen für die weitere Forschung.

4.3 Empfehlungen für die Forschung

Auf Grundlage der Ergebnisse können relevante Empfehlungen für die weitere Forschung abgegeben werden. Zum einen sollte das Themengebiet anhand einer Längsschnittanalyse über mehrere SHARE-Wellen untersucht werden. Dies würde die Darstellung von möglichen kausalen Zusammenhängen zwischen der subjektiven Gesundheit und sozialen Netzwerken ermöglichen und ebenfalls zeitliche Entwicklungen erfassen. SHARE enthält nicht nur strukturelle Merkmale von sozialen Netzwerken, sondern auch qualitative Merkmale, wie Art der Beziehung, Beziehungsqualität und Nähe zum sozialen Netzwerk. Weitere Forschung sollte sich daher mit diesen Merkmalen befassen, um zusätzlich auch einen qualitativen Einblick in das Thema zu erhalten. Zusätzlich könnten weitere Analysen ebenfalls standardisierte Instrumente wie die Lubben Social Network Scale (LSNS-6) einbeziehen. Diese Skala misst qualitative als auch quantitative Merkmale sozialer Netzwerke und eignet sich daher gut für ein differenzierteres Verständnis (Lubben et al., 2006).

Mit den SHARE Daten lässt sich das Geschlecht bislang nur als dichotome Variable erfassen, breitere Dimensionen von Gender werden nicht erhoben. Künftige Forschung sollte daher versuchen, geschlechterspezifische Rollen und Verantwortlichkeiten wie die Pflegetätigkeiten oder Erwerbstätigkeit zu berücksichtigen, um ein differenzierteres Bild zu erhalten.

Außerdem könnten weitere Analysen erforschen, ob bestimmte Erkrankungen, wie zum Beispiel kardiovaskuläre Erkrankungen oder Krebs, die Bedeutung von sozialen Netzwerken unterschiedlich beeinflussen. Zudem sollten stark eingeschränkte, schwer kranke und hospitalisierte Personen in weiteren Untersuchungen miteingeschlossen und genau analysiert werden, um eine

Unterrepräsentation dieser vulnerablen Gruppe zu vermeiden. Ebenso könnten internationale Vergleichsstudien zwischen den SHARE Ländern wertvolle Einblicke liefern, da sie die diversen kulturellen Normen, Netzwerkstrukturen und Geschlechterrollen aufzeigen können. Nachfolgende Untersuchungen sollten darüber hinaus klären, inwiefern die Ergebnisse durch pandemiebedingte Einschränkungen beeinflusst worden sind, oder ob sie unter „normalen“ Bedingungen konsistent sind.

5 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit untersuchte den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und subjektiver Gesundheit bei chronisch kranken Personen ab 50 Jahren auf Basis der SHARE Daten der neunten Welle (2021/2022).

Diese Arbeit belegt, dass ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Größe des sozialen Netzwerks und der subjektiven Gesundheit bei älteren Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung in Österreich besteht. Männer profitieren tendenziell stärker von größeren Netzwerken als Frauen, wobei dieser Unterschied nicht statistisch signifikant belegt werden konnte. Des Weiteren konnte auch bei der Kontaktfrequenz ein positiver, nicht statistisch signifikanter Zusammenhang mit einer besseren Gesundheitseinschätzung aufgezeigt werden. Zudem verfügen Frauen über statistisch signifikant größere Netzwerke als Männer, wohingegen bei der Häufigkeit der Kontakte keine geschlechterspezifischen Unterschiede festgestellt werden konnten. Auch hinsichtlich der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes zeigten sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Die Ergebnisse lassen sich darüber hinaus auch gut mit der Main-Effect-Theorie von Cohen und Wills (1985), welches als theoretischer Rahmen gewählt wurde, in Verbindung bringen. Das Modell besagt, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen diversen Formen sozialer Unterstützung und der Gesundheit gibt.

Zudem stehen die Ergebnisse auch im Einklang mit der internationalen Literatur, denn Studien sowohl im europäischen als auch im internationalen Kontext kommen in allen Untersuchungspunkten zu ähnlichen, vergleichbaren Ergebnissen. Für die Praxis als auch für die Forschung können ebenfalls diverse Maßnahmen abgeleitet werden. Soziale Netzwerke stellen für ältere chronisch kranke Personen eine zentrale Ressource im Zusammenhang mit der Gesundheit dar und sollten dahingehend durch diverse Programme gestärkt und gefördert werden. Weitere Forschung sollte sich künftig auch mit Längsschnittanalysen von mehreren SHARE Wellen befassen, damit auch kausale Zusammenhänge überprüft werden können. Zudem könnten auch qualitative Dimensionen sozialer Netzwerke einen vertieften Einblick in das Thema bringen.

Somit kann die zugrunde liegende Forschungsfrage beantwortet werden: Es bestehen relevante Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheit und den sozialen Netzwerken von chronisch kranken Personen ab 50 Jahren in Österreich, wobei geschlechterspezifische Unterschiede zwar erkennbar, jedoch nicht durchgehend statistisch signifikant sind.

Literaturverzeichnis

- BASSETT, S. M., SCHUETTE, S. A., O'DWYER, L. C. & MOSKOWITZ, J. T. 2019. Positive affect and medication adherence in chronic conditions: A systematic review. *Health Psychol*, 38, 960-974.
- BERGMANN, M. & BÖRSCH-SUPAN, A. 2021. SHARE Wave 8 Methodology: Collecting cross-national survey data in times of COVID-19. Munich.
- BERGMANN, M., WAGNER, M. & BÖRSCH-SUPAN, A. 2024. SHARE Wave 9 Methodology: From the SHARE Corona Survey 2 to the SHARE Main Wave 9 Interview. Munich.
- BHATIA, R., HIRSCH, C., ARNOLD, A. M., NEWMAN, A. B. & MUKAMAL, K. J. 2023. Social networks, social support, and life expectancy in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Gerontol Geriatr*, 111, 104981.
- BÖRSCH-SUPAN, A., BRANDT, M., HUNKLER, C., KNEIP, T., KORBMACHER, J., MALTER, F., SCHAAN, B., STUCK, S. & ZUBER, S. 2013. Data Resource Profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Int J Epidemiol*, 42, 992-1001.
- COBB, S. 1976. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300–314.
- COHEN, S. & WILLS, T. A. 1985. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 311–312.
- COHN-SCHWARTZ, E. & NAEGELE, L. 2024. Employment over the life course and post-retirement social networks: a gendered perspective. *International Psychogeriatrics*, 36, 655-665.
- CUI, S., YU, Y., DONG, W., XU, T., HUANG, Y., ZHANG, X. & CHEN, C. 2021. Are there gender differences in the trajectories of self-rated health among chinese older adults? an analysis of the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS). *BMC Geriatrics*, 21, 563.
- DESALVO, K. B., BLOSER, N., REYNOLDS, K., HE, J. & MUNTNER, P. 2006. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 21, 267-75.
- DRAGESET, J. 2021. Social Support. In: HAUGAN, G. & ERIKSSON, M. (eds.) *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Cham (CH): Springer

Copyright 2021, The Author(s).

DRAMÉ, M., CANTEGRIT, E. & GODAERT, L. 2023. Self-Rated Health as a Predictor of Mortality in Older Adults: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 20.

EUROPEAN COMMISSION 2022a. Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative. Luxembourg.

EUROPEAN COMMISSION. 2022b. *Non-communicable diseases* [Online]. Available: [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_en#:~:text=Non%2Dcommunicable%20diseases%20\(NCDs\),causes%20of%20avoidable%20premature%20deaths](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_en#:~:text=Non%2Dcommunicable%20diseases%20(NCDs),causes%20of%20avoidable%20premature%20deaths) [Accessed 06.05. 2025].

EUROPEAN COMMISSION. 2023. *The Impact of Demographic Change in a changing environment* [Online]. Publications Office of the European Union. Available: https://commission.europa.eu/system/files/2023-01/Demography_report_2022_0.pdf [Accessed 04.05. 2025].

EUROSTAT. 2024. *International Standard Classification of Education (ISCED)* [Online]. Available: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_Standard_Classification_of_Education_\(ISCED\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_Standard_Classification_of_Education_(ISCED)) [Accessed 17.06. 2025].

EUROSTAT. 2025a. *EU life expectancy hits 81.4 years, exceeding pre-COVID level* [Online]. Available: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250314-3#:~:text=In%202023%2C%20life%20expectancy%20at,values%20higher%20than%20in%202019.> [Accessed 06.05. 2025].

EUROSTAT. 2025b. *People having a long-standing illness or health problem, by sex, age and income quintile* [Online]. Available: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_11_custom_1611_0563/default/bar?lang=en [Accessed 03.04. 2025].

EUROSTAT. 2025c. *Record drop in children being born in the EU in 2023* [Online]. Available: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250307-1#:~:text=In%202023%2C%203.67%20million%20babies,down%20from%201.46%20in%202022.> [Accessed 06.05. 2025].

- FLANAGAN, J., BECK, C. T. & POLIT, D. F. 2025. *Polit and Beck's nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- FONDS GESUNDES ÖSTERREICH. 2025. *Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“* [Online]. Available: https://fgoe.org/Initiative_Auf_gesunde_Nachbarschaft [Accessed 09.09. 2025].
- FUJIWARA, Y., NONAKA, K., KURAOKA, M., MURAYAMA, Y., MURAYAMA, S., NEMOTO, Y., TANAKA, M., MATSUNAGA, H., FUJITA, K., MURAYAMA, H. & KOBAYASHI, E. 2022. Influence of "Face-to-Face Contact" and "Non-Face-to-Face Contact" on the Subsequent Decline in Self-Rated Health and Mental Health Status of Young, Middle-Aged, and Older Japanese Adults: A Two-Year Prospective Study. *Int J Environ Res Public Health*, 19.
- GARCÍA ROMÁN, J. & GRACIA, P. 2022. Gender differences in time use across age groups: A study of ten industrialized countries, 2005-2015. *PLoS One*, 17, e0264411.
- GRIEBLER, R., WINKLER, P., DELCOUR, J., ANTOSIK, J., LEUPRECHT, E., NOWOTNY, M., SCHMUTTERER, I., SAX, G., JURASZOVICH, B., POCHOBRADSKY, E. & KUCERA, S. 2023. *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022* [Online]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Available: <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:2d34f74b-4638-4b37-bfce-85dbf12482eb/Österr.Gesundheitsbericht%202022.pdf> [Accessed 24.03. 2025].
- GRIEBLER, R., WINKLER, P., DELCOUR, J. & EISENMANN, A. 2021. Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich. Update 2020. Wien.
- HESSEL, F. 2008. Burden of Disease. In: KIRCH, W. (ed.) *Encyclopedia of Public Health*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- IBM SPSS STATISTICS. 2025a. *Model Fitting Information* [Online]. Available: <https://www.ibm.com/docs/en/spss-statistics/31.0.0?topic=diagnostics-model-fitting-information> [Accessed 09.08. 2025].
- IBM SPSS STATISTICS. 2025b. *Test of Parallel Lines* [Online]. Available: <https://www.ibm.com/docs/en/spss-statistics/31.0.0?topic=model-test-parallel-lines> [Accessed 09.08. 2025].

- KIM, E. S., CHOPIK, W. J., CHEN, Y., WILKINSON, R. & VANDERWEELE, T. J. 2023. United we thrive: friendship and subsequent physical, behavioural and psychosocial health in older adults (an outcome-wide longitudinal approach). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e65.
- LAQUIDARA, J. R. & LINCOLN, S. H. 2024. Testing two theories of social support benefits and implications for individuals with psychotic-like experiences. *Schizophr Res*, 264, 87-89.
- LUBBEN, J., BLOZIK, E., GILLMANN, G., ILIFFE, S., VON RENTELN KRUSE, W., BECK, J. C. & STUCK, A. E. 2006. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46, 503-13.
- LUO, Z., ZHONG, S., ZHENG, S., LI, Y., GUAN, Y., XU, W., LI, L., LIU, S., ZHOU, H., YIN, X., WU, Y., LIU, D. & CHEN, J. 2023. Influence of social support on subjective well-being of patients with chronic diseases in China: chain-mediating effect of self-efficacy and perceived stress. *Front Public Health*, 11, 1184711.
- MAGUIRE, R., HANLY, P. & MAGUIRE, P. 2021. Living well with chronic illness: How social support, loneliness and psychological appraisals relate to well-being in a population-based European sample. *J Health Psychol*, 26, 1494-1507.
- MAX PLANCK SOCIETY ETHICS COUNCIL 2021. Opinion of the Ethics Council of the Max Planck Society on the SHARE Project. Munich: Max Planck Society.
- NAUDÉ, B., RIGAUD, A. S. & PINO, M. 2021. Video Calls for Older Adults: A Narrative Review of Experiments Involving Older Adults in Elderly Care Institutions. *Front Public Health*, 9, 751150.
- NIINO, K., PATAPOFF, M. A., MAUSBACH, B. T., LIU, H., MOORE, A. A., HAN, B. H., PALMER, B. W. & JESTER, D. J. 2025. Development of loneliness and social isolation after spousal loss: A systematic review of longitudinal studies on widowhood. *J Am Geriatr Soc*, 73, 253-265.
- OECD 2023. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris.
- OECD/EU 2016. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris.
- OECD/EUROPEAN COMMISSION 2024. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris.

- OLOFSSON, J., PADYAB, M. & MALMBERG, G. 2018. Health disparities in Europe's ageing population: the role of social network. *Global Health Action*, 11, 1445498.
- PALLADINO, R., TAYU LEE, J., ASHWORTH, M., TRIASSI, M. & MILLETT, C. 2016. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age Ageing*, 45, 431-5.
- PAVLIDIS, G., HANSEN, T., MOTEL-KLINGEBIEL, A. & AARTSEN, M. 2022. Network and solitude satisfaction as modifiers of disadvantages in the quality of life of older persons who are challenged by exclusion from social relations: a gender stratified analysis. *Appl Res Qual Life*, 17, 2859-2875.
- PICHLER, C., AIGNER-WALDER, B., HORAK, M., OBERZAUCHER, J., FENZL, T., HAGENDORFER-JAUK, G., STRÖCKL, D., BREUER, J., LUGER, A., PERCHTALER, M., PUTZ, S., VOUTSINAS, C., ZOGRAFOU, E., KRÄUTER, S., BAUER, C. & LIDOLT-PETSCHER, B. 2024. Evaluation Community Nursing Österreich. Villach: FH Kärnten - Institut für Angewandte Forschung und Angewandte Studien (IARA).
- RAFNSSON, S. B., SHANKAR, A. & STEPTOE, A. 2015. Longitudinal Influences of Social Network Characteristics on Subjective Well-Being of Older Adults: Findings From the ELSA Study. *J Aging Health*, 27, 919-34.
- RIPPON, D., SHEPHERD, J., WAKEFIELD, S., LEE, A. & POLLET, T. V. 2024. The role of self-efficacy and self-esteem in mediating positive associations between functional social support and psychological wellbeing in people with a mental health diagnosis. *J Ment Health*, 33, 721-730.
- SAHA, A., GOVIL, D., MUHAMMAD, T. & THOMAS, A. R. 2024. Unveiling the dynamics of social engagement and subjective health in older adults: A gendered perspective. *Experimental Gerontology*, 193, 112472.
- SCHMIDT, T., CHRISTIANSEN, L. B., SCHIPPERIJN, J. & CERIN, E. 2021. Social network characteristics as correlates and moderators of older adults' quality of life—the SHARE study. *European Journal of Public Health*, 31, 541-547.
- SCHMITZ, A. & COHN-SCHWARTZ, E. 2023. From attitudes to social networks: National gender-role attitudes and gender differences in late-life social relationships. *Social Networks*, 76, 79-87.

- SCHMITZ, A. & LAZAREVIČ, P. 2020. The gender health gap in Europe's ageing societies: universal findings across countries and age groups? *Eur J Ageing*, 17, 509-520.
- SCHUMACHER, J., KLAIBERG, A. & BRÄHLER, E. 2003. *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*, Göttingen Bern Toronto Seattle, Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- SCHWARTZ, E. & LITWIN, H. 2018. Social network changes among older Europeans: the role of gender. *Eur J Ageing*, 15, 359-367.
- SHARE-ERIC. *Statement concerning data protection and absolute confidentiality of your personal information* [Online]. Available: https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Questionnaires/Data_Protection_Statement_generic_version_Wave9.pdf [Accessed 29.07. 2025].
- SHARE-ERIC 2024. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 9. *Data set*. Release version: 9.0.0 ed. Munich: SHARE-ERIC.
- SHERIDAN, P. E., MAIR, C. A. & QUIÑONES, A. R. 2019. Associations between prevalent multimorbidity combinations and prospective disability and self-rated health among older adults in Europe. *BMC Geriatrics*, 19, 198.
- SIRONI, E. & WOLFF, A. N. 2021. Estimating the impact of social isolation on subjective health in Europe. *Quality & Quantity*, 55, 2087-2102.
- SPSS ANALYSIS. 2025. *Ordinal Logistic Regression in SPSS* [Online]. Available: <https://spssanalysis.com/ordinal-logistic-regression-in-spss/> [Accessed 09.08. 2025].
- STACHERL, B. & SAUZET, O. 2023. Chronic disease onset and wellbeing development: longitudinal analysis and the role of healthcare access. *European Journal of Public Health*, 34, 29-34.
- STATISTIK AUSTRIA 2023. Tabellenband EU-SILC 2022. Wien.
- STATISTIK AUSTRIA 2024a. Demographisches Jahrbuch 2023. Wien.
- STATISTIK AUSTRIA 2024b. Krebserkrankungen in Österreich. Wien.
- STATISTIK AUSTRIA 2025. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2023. Wien.
- STAVROVA, O. & REN, D. 2021. Is More Always Better? Examining the Nonlinear Association of Social Contact Frequency With Physical Health and Longevity. *Social Psychological and Personality Science*, 12, 1058-1070.
- STENLUND, S., KOIVUMAA-HONKANEN, H., SILLANMÄKI, L., LAGSTRÖM, H., RAUTAVA, P. & SUOMINEN, S. 2021. Subjective well-being predicts health

- behavior in a population-based 9-years follow-up of working-aged Finns. *Preventive Medicine Reports*, 24, 101635.
- TAYLOR, S. E. 2011. Social support: a review. In: FRIEDMAN, H. S. (ed.) *The Handbook of Health Psychology*. New York: Oxford University Press.
- THOITS, P. A. 2011. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav*, 52, 145-61.
- VALTORTA, N. K., KANAAN, M., GILBODY, S., RONZI, S. & HANRATTY, B. 2016. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102, 1009-16.
- VILA, J. 2021. Social Support and Longevity: Meta-Analysis-Based Evidence and Psychobiological Mechanisms. *Front Psychol*, 12, 717164.
- WICKHAM, R. J. 2019. Secondary Analysis Research. *J Adv Pract Oncol*, 10, 395-400.
- WILLERTH, M., AHMED, T., PHILLIPS, S. P., PÉREZ-ZEPEDA, M. U., ZUNZUNEGUI, M. V. & AUAIS, M. 2020. The relationship between gender roles and self-rated health: A perspective from an international study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 103994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2021a. *Cardiovascular diseases (CVDs)* [Online]. Available: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) [Accessed 21.05. 2025].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2021b. *Health promotion glossary of terms 2021* [Online]. Geneva: World Health Organization. Available: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1> [Accessed 05.05. 2025].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2021c. *Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe 2021: are we on track to reach targets 10 years after the Moscow Declaration and First United Nations High-Level Meeting?* [Online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350457/WHO-EURO-2021-4479-44242-62494-eng.pdf?sequence=1> [Accessed 03.04. 2025].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2024a. *Chronic respiratory diseases* [Online]. Available: https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1 [Accessed 25.05. 2025].

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2024b. *Noncommunicable Diseases* [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Accessed 24.03. 2025].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2025. *Cancer* [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> [Accessed 24.05. 2025].
- WUORELA, M., LAVONIUS, S., SALMINEN, M., VAHLBERG, T., VIITANEN, M. & VIKARI, L. 2020. Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up. *BMC Geriatr*, 20, 120.
- ZANINOTTO, P. & STEPTOE, A. 2019. Association Between Subjective Well-being and Living Longer Without Disability or Illness. *JAMA Netw Open*, 2, e196870.

Anhang

Zur sprachlichen Optimierung des Textes wurde folgendes Tool verwendet:

- Chat GPT Version 4o
- Open AI
- 28., 29.06.2025, 21.-25.08.2025 und 08., 09.09.2025
- <https://chatgpt.com>