

Bildungsbezogene Ungleichheit in der Gesundheit Älterer: Eine international vergleichende Analyse

Hendrik Jürges

1 Einleitung

Eine Vielzahl von Studien dokumentiert einen starken Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status und der Gesundheit: besser gebildete Personen sind gesünder als weniger gebildete, Personen mit einem hohen Einkommen sind gesünder als solche mit einem niedrigen Einkommen, Erwerbstätige am oberen Ende der Hierarchie sind gesünder als solche am unteren Ende und reiche Personen sind gesünder als Arme. Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Gesundheit ist so universell, dass häufig einfach von „dem“ Gradienten gesprochen wird (Deaton, 2003).

Der vorliegende Beitrag leistet einen internationalen Vergleich dieses Gradienten für 12 Länder. Dies geschieht auf Basis von international vergleichbaren Mikrodaten, nämlich der US Health and Retirement Study (HRS) 2002, der English Longitudinal Study on Ageing (ELSA) 2002 und des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2004. Im Gegensatz zur bestehenden vergleichenden Literatur (z.B. Van Doorslaer et al. 1997, Van Doorslaer und Koolman 2004), die *einkommensbezogene* Unterschiede in Gesundheit untersucht, wird hier *bildungsbezogene* Ungleichheit betrachtet. Dies erfolgt aus mehreren Gründen: Erstens ist Bildung die wichtigste Kovariate von Gesundheit (wenn das Alter bzw. die Kohorte einer Person statistisch kontrolliert wird). Die partiellen Effekte des Einkommens und der Beschäftigung auf die Gesundheit sind oft geringer als der Effekt der Bildung (Grossman und Kaestner, 1997, Grossman, 2005). Zweitens hat die ökonomische Literatur kausale Effekte der Bildung auf die Gesundheit durch theoretisch mindestens drei Kanäle identifiziert: (a) Bildung erhöht die Effizienz von Menschen bei der „Produktion“ ihrer Gesundheit (erhöht die marginale Produktivität der Gesundheitsinputs); (b) Bildung verändert die von Menschen gewählten Inputs bei der Produktion von Gesundheit (z.B. durch gesundheitsbezogene Informationen) und steigert dadurch die alloкатive Effizienz; (c) Bildung selbst verändert die Zeitpräferenz (und damit die Inputs bei der Produktion von Gesundheit), weil Bildung Menschen zukunftsorientierter macht (Becker und Mulligan, 1997). Drittens dürfte Bildung

von allen Merkmalen des sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen und Beruf) dasjenige sein, welches auf lange Sicht einfachsten durch die Politik beeinflusst werden kann.

Eine Kausalanalyse der Effekte der Bildung auf die Gesundheit würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen (neuere Arbeiten zur Kausalanalyse wurden z.B. von Adams (2002), Arendt (2005) oder Lleras-Muney (2005) vorgelegt). Das Ziel des vorliegenden Beitrags ist bescheidener. Er soll die aktuelle Literatur zur Messung sozioökonomischer Ungleichheit in Gesundheit ergänzen, indem neue europäische Daten mit US-amerikanischen Daten kombiniert werden. Gegenüber bestehenden Studien (z.B. Van Doorslaer et al., 1997, Van Doorslaer und Koolman, 2004) wird der geographische und institutionelle Rahmen durch die Einbeziehung der USA als wichtiges Vergleichsland erweitert. Auf Grund der Datenlage wird die Analyse auf Personen begrenzt, die 55 Jahre oder älter sind. Dennoch hat unsere Studie im Vergleich mit früheren international vergleichenden Studien mehrere Vorteile. Erstens kombinieren die verwendeten Datensätze detaillierte Gesundheitsdaten mit detaillierten Daten bezüglich des sozioökonomischen Status. Bestehende Studien waren meist auf selbstberichtete Gesundheit (gemessen durch ein einziges Item) oder mehr oder weniger willkürliche Kardinalisierungen davon angewiesen (z.B. Van Doorslaer und Koolman, 2004). Wie jedoch in Jürges (2007) gezeigt wird, sind Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustands nicht generell über Länder hinweg vergleichbar. Dies gilt auch dann, wenn die wörtlich gleiche Frage (natürlich jeweils übersetzt) verwendet wird. Selbstberichtete Gesundheit sind u.U. nicht einmal zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen innerhalb eines Landes vergleichbar (Van Doorslaer und Gerdtham, 2003, Etilé und Milcent, 2006, Jürges, 2008). Aus diesem Grund wird Gesundheit im vorliegenden Beitrag durch einen Gesundheitsindex gemessen, der detaillierte objektive und subjektive Aspekte der physischen Gesundheit kombiniert und um länderspezifische Eigenheiten bereinigt.

Der Beitrag ist wie folgt gegliedert: In Abschnitt 2 wird der statistische Ansatz zur Messung und Zerlegung von bildungsbezogener Ungleichheit in Gesundheit beschrieben. Abschnitt 3 beschreibt die verwendeten Daten und die Konstruktion der beiden Schlüsselvariablen Bildung und Gesundheit. In Abschnitt 4 werden die Ergebnisse beschrieben und diskutiert. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse folgt in Abschnitt 5.