

Aus der Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung
der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

Leitung: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann

**Zwischen sozialer Ungleichheit und Befindlichkeit.
Zur Bedeutung psychosozialer Mediatoren.**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Gesundheitswissenschaften
der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

vorgelegt von

Matthias Morfeld

aus Wilhelmshaven

Erstbetreuer: Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel

Zweitbetreuerin: Prof. Dr. Monika Bullinger

Datum der mündlichen Prüfung: 20. Januar 2003

unter Teilnahme von Prof. Dr. Bernhard Badura

Hamburg 2002

"Meine fundamentale Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?"

A. Antonovsky

Inhalt

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | HINTERGRUND | 5 |
| 2 | THEORETISCHER HINTERGRUND | 9 |
| 2.1 | SOZIALE UNGLEICHHEIT | 10 |
| 2.1.1 | DIE SOZIALE LANDSCHAFT DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND DER GEGENWART | 18 |
| 2.1.2 | DIE OPERATIONALISIERUNG SOZIALER UNGLEICHHEIT..... | 21 |
| 2.2 | PSYCHOSOZIALE LEBENSKONTEXTE | 39 |
| 2.2.1 | SALUTOGENETISCHE UND PATHOGENETISCHE ASPEKTE ZWISCHEN LEBENSKONTEXT UND PERSON | 49 |
| 2.3 | SUBJEKTIVE GESUNDHEIT: BEFINDLICHKEIT UND LEBENSQUALITÄT | 72 |
| 2.3.1 | BEFINDLICHKEIT, SUBJEKTIVES WOHLBEFINDEN UND BESCHWERDEN | 74 |
| 2.3.2 | GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT | 81 |
| 2.4 | BEFUNDE | 88 |
| 2.4.1 | SOZIALE UNGLEICHHEIT UND SUBJEKTIVE GESUNDHEIT | 89 |
| 2.4.2 | SOZIALE UNGLEICHHEIT UND PSYCHOSOZIALE LEBENSKONTEXTE | 109 |
| 2.4.3 | PSYCHOSOZIALE LEBENSKONTEXTE UND SUBJEKTIVE GESUNDHEIT | 116 |
| 2.4.4 | SOZIALE UNGLEICHHEIT, PSYCHOSOZIALE LEBENSKONTEXTE, SUBJEKTIVE GESUNDHEIT – GIBT ES UMFASSENDE BEFUNDE? | 141 |
| 2.5 | FRAGESTELLUNGEN UND LEITHYPOTHESEN..... | 169 |
| 3 | EMPIRISCHER TEIL | 171 |
| 3.1 | STUDIE A DIE PROKLIMA-UNTERSUCHUNG | 176 |
| 3.1.1 | HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG | 176 |

Inhalt

| | | |
|----------|--|------------|
| 3.1.2 | METHODEN DER PROKLIMA-UNTERSUCHUNG | 178 |
| 3.2 | DESKRIPTIVE ERGEBNISSE STUDIE A | 182 |
| 3.2.1 | SOZIALE UNGLEICHHEIT - STUDIE A | 182 |
| 3.2.2 | PSYCHOSOZIALE LEBENSKONTEXTE - STUDIE A | 186 |
| 3.2.3 | SUBJEKTIVE GESUNDHEIT, BEFINDLICHKEIT UND BESCHWERDELAST - STUDIE A | 192 |
| 3.2.4 | MULTIVARIATE EINFLUSSPRÜFUNG – STUDIE A | 197 |
| 3.2.5 | STRUKTURANALYTISCHE PRÜFUNG DES GESAMTMODELLS UND ERGEBNISSE - STUDIE A | 217 |
| 3.2.6 | ZUSAMMENFASSUNG STUDIE A..... | 238 |
| 3.3 | STUDIE B - DIE LEBENSQUALITÄT CHRONISCH KRANKER MENSCHEN IN DER STADT HAMBURG | 244 |
| 3.3.1 | HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG | 244 |
| 3.3.2 | METHODEN DER UNTERSUCHUNG ZUR LEBENSQUALITÄT CHRONISCH KRANKER MENSCHEN IN HAMBURG..... | 245 |
| 3.3.3 | UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG..... | 247 |
| 3.4 | DESKRIPTIVE ERGEBNISSE STUDIE B | 252 |
| 3.4.1 | SOZIALE UNGLEICHHEIT - STUDIE B | 252 |
| 3.4.2 | PSYCHOSOZIALE LEBENSKONTEXTE - STUDIE B | 260 |
| 3.4.3 | SUBJEKTIVE GESUNDHEIT, GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT - STUDIE B..... | 270 |
| 3.4.4 | MULTIVARIATE EINFLUSSPRÜFUNG - STUDIE B | 275 |
| 3.4.5 | STRUKTURANALYTISCHE PRÜFUNG DES GESAMTMODELLS UND ERGEBNISSE - STUDIE B | 292 |
| 3.4.6 | ZUSAMMENFASSUNG STUDIE B..... | 326 |
| 4 | ZUSAMMENFASSENDER DISKUSSION | 336 |
| 4.1 | THEORETISCHER HINTERGRUND | 336 |
| 4.2 | KONZEPTION ALS RE-ANALYSE..... | 337 |
| 4.3 | DISKUSSION DER ERGEBNISSE..... | 339 |
| 4.4 | THESEN ALS AUSBLICK | 360 |

Inhalt

| | | |
|-----------|---|------------|
| 5 | LITERATUR..... | 370 |
| 6 | SACHVERZEICHNIS..... | 399 |
| 7 | NAMENSVERZEICHNIS | 406 |
| 8 | TABELLENVERZEICHNIS | 408 |
| 9 | ABBILDUNGSVERZEICHNIS..... | 412 |
| 10 | ANHANG | 418 |
| 10.1 | FRAGEBOGEN DER PROKLIMA UNTERSUCHUNG (STUDIE A)..... | 418 |
| 10.2 | FRAGEBOGEN DER UNTERSUCHUNG LEBENSQUALITÄT CHRONISCH KRANKER MENSCHEN IN HAMBURG (STUDIE B)..... | 427 |

1 Hintergrund

Zum 01. Januar 2000 haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung ein gemeinsames Papier zur Neugestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention vorgelegt (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2000). Hierin wird erstmals anerkannt, dass sozial benachteiligte gesellschaftliche Gruppen besonderer Zugänge bedürfen, damit Konzepte der Gesundheitsförderung wirksam umgesetzt werden können. Wesentlich ist weiterhin an den in Aussicht gestellten Strategien der Gesundheitsförderung die Anwendung des sogenannten Setting Ansatzes. Besonders an diesem Ansatz ist (systemtheoretisch gesprochen) die Kontextsteuerung im Gegensatz zur individuellen Verhaltensbeeinflussung (Verhältnisveränderung). Das herausragende Merkmal am Settingsansatz ist die Vermeidung der Überbetonung der rein individuellen Perspektive und somit die Anerkennung der bereits von der WHO in der Ottawa Charta zugrunde gelegten „3-Ebenen-Trichotomisierung“ (Grossmann & Scala, 1994). Diese besteht aus der individuellen Mikro-Ebene der Person, der sie umgebenen Meso-Ebene von Lebenskontexten wie Gemeinde, Familie, Betrieb, Schule etc. und der Makro-Ebene, die soziologisch gesehen mit der historisch unterlegten Sozialstruktur identifizierbar ist. Diese Sozialstruktur wird im Wesentlichen durch die Merkmale Schule, berufliche Stellung, Macht, Prestige und Einkommen operationalisiert.

Mit der von den Krankenkassen betonten sozial bedingten ungleichen Verteilung von Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken wird einer Tatsache Rechnung getragen, die bereits seit mehreren hundert Jahren bekannt ist und die von Virchow für unseren Kulturkreis bereits 1852 prägnant dargestellt wurde (Virchow, 1968). Diese soziale Tatsache wird mehr oder weniger unbeachtet in vielen aktuellen sozialepidemiologischen Studien der neueren Forschungstradition in operationalisierter Form „mitgeführt“, indem in der Gesundheitsforschung große Datenbestände erhoben und analysiert werden, ohne dass es dabei zu einer adäquaten Überprüfung der Einflüsse sozialer Ungleichheit kommt.

Wie aus der Erhebung soziodemografischer Merkmale in Studien zur Verteilung von Gesundheit und Krankheit gefolgert werden muss (Ahrens, Bellach & Jöckel, 1998), folgen Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken einem sozialen Gradienten - oder wie es Oppolzer so treffend betitelt: „Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben“ (Oppolzer, 1986).

Unabhängig davon, wie dieser soziale Gradient operationalisiert ist, ob Schulbildung, berufliche Stellung und Einkommen einzeln oder aggregiert erhoben werden, - für eine Vielzahl somatischer und/oder psychischer Erkrankungen gibt es diesen sozialen Gradienten. Noch eindrucksvoller scheinen die Ergebnisse für Sterblichkeitsrisiken (Mielck, 2000).

Unklar ist bisher jedoch weitestgehend der Prozess, der diese Kausalität vermittelt. Auf der anderen Seite lassen sich eine ganze Reihe situativer Aspekte benennen, die seit sozialepidemiologischem Gedenken symptomatisch für untere soziale Schichten sind: schlechte Wohnbedingungen, erhöhte Arbeits- und Umweltrisiken, weniger wirksame und erreichbare medizinische Versorgung sowie risikoreichere Verhaltensweisen in gesundheitsrelevanten Bereichen. Aber sind dies ausschließlich die Faktoren, die zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit vermitteln? Grundsätzlich handelt es sich hier nämlich um *Umgebungseinflüsse*, die der sozialstrukturellen Makro-Ebene zugerechnet werden müssen. Die Folgen aus diesen gesundheitsabträglichen Umständen manifestieren sich demnach auf der Ebene der Mikro-Ebene der Person. Bleibt es bei diesem Kausalsprung – Steinkamp bezeichnet diesen als unzulässig – findet die Ebene der psychosozialen Kontexte, die Meso-Ebene, keine Berücksichtigung (Steinkamp, 1993).

Bekannt ist aus einer Vielzahl von Untersuchungen, dass beispielsweise die Gesundheitserhaltung (Angermeyer & Klusmann, 1989; Schwarzer & Leppin, 1988), aber auch die Bewältigung chronischer Erkrankungen, maßgeblich von Faktoren sozialer Unterstützung bzw. Rückhalt beeinflusst werden kann (Badura, 1981; Koch & Weis, 1998; Schulz, Schulz, Schulz & Kerekjato, 1998). Weiterhin ist bekannt, dass Stress völlig unterschiedlich erlebt und persönlich modelliert wird, weil die persönliche Ressourcenausstattung auf Basis von Bewältigungsstrategien stark differiert und unterschiedliche Einflüsse auf Erkrankungsrisiken ausübt (Antonovsky, 1997; Siegrist, 1996). Diese Reihe von psychischen Bedingungen, Umständen und Eigenschaften ließe sich beliebig lange fortführen: Die empirische Forschungstradition zu den Schwerpunkten Stresserleben, Belastung und Beanspruchung, Ressourcen, sozialer Rückhalt und soziale Netzwerke ist unüberschaubar lang (Mielck & Bloomfield, 2001; Schwarzer, 1997).

Nur vereinzelt finden sich Hinweise, dass diese Belastungen und Ressourcen auch in bestimmter Weise mit einem sozialen Gradienten in Verbindung stehen. Waltz und Steinkamp haben zu unterschiedlichen Zeitpunkten und Kontexten die Literatur intensiv gesichtet und beschrieben (Steinkamp, 1993, 1999; Waltz, 1983) und bieten so

bisher als einzige in der deutschsprachigen Literatur umfassende Hinweise zu diesem Thema. Neu hinzugekommen ist auch eine Übersicht von Mielck und Bloomfield (Mielck & Bloomfield, 2001).

Basierend auf dem Konzept der erlebten Gesundheit und ihrer Determinanten, wird untersucht, ob ein sozialer Gradient auch für diese Konzeption existent ist – das empirische Datenmaterial, mit der diese Fragestellung bearbeitet wird, wird weiter unten im empirischen Teil detailliert dargestellt. Aus eben dieser Konstellation von unterschiedlichen Ausprägungen von Belastungen, Beanspruchungen und psychosozialen Ressourcen werden die Fragestellungen der Arbeit hergeleitet. In einem nächsten Schritt wird untersucht, ob bestimmte aus der Literatur bekannte und in der Forschung bearbeitete Interventionsfelder im psychosozialen Bereich, wie

- Beanspruchung, Belastung und Stress im Allgemeinen und während der Arbeit,
- internale und externale Kontrollüberzeugungen,
- Lebenszufriedenheit (sozialer Rückhalt und Unterstützung sowie psychisches Gleichgewicht mit situativen Kontexten) und
- personale und soziale Ressourcen

ebenfalls einem sozialen Gradienten folgen - ob also eine stärkere und eine weniger erfolgreiche Anwendung von Ressourcen und Beanspruchungen in unteren sozialen Schichten vorliegt. Sind also die Ausprägungen der oben genannten Dimensionen auf der Ebene der psychosozialen Kontexte sozial ungleich verteilt (vgl. Abbildung 1 Pfeil 1)?

Eine weitere Fragestellung überprüft die Annahme, ob es ein Ursache-Wirkungs-Verhältnis zwischen der Ebene der psycho-sozialen Kontexte und der personalen Mikro-Ebene gibt – übt also eine variable Verteilung von ausgewählten psychosozialen Variablen einen Einfluss auf Befindlichkeitsparameter wie beispielsweise die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus (vgl. Abbildung 1 Pfeil 2)?

Aufbauend auf diesen Ergebnissen wird mittels eines Strukturgleichungsmodells der Versuch unternommen, alle drei Analyseebenen miteinander zu verbinden. Hiermit soll nachgezeichnet werden, dass es von besonderer Bedeutung ist, das Verhältnis von sozialer Ungleichheit und Befindlichkeit/Lebensqualität nicht unter Ausschluss einer existenten psycho-sozialen Ebene zu betrachten. Erwartet wird, regressionsanalytisch gesprochen, ein erwähnenswerter direkter Beitrag der Ebene der sozialen Ungleichheit auf Befindlichkeit und Lebensqualität (vgl. Abbildung 1 Pfeil 3).

Hintergrund

Von stärkerer Bedeutung wird jedoch die theoretisch begründete Implementierung von Aspekten psycho-sozialer Lebenskontexte und sozialisierter Indikatoren von Wahrnehmung und Umgang mit belastenden Einflüssen wie Arbeit und Umwelt auf Befindlichkeit/Lebensqualität aber auch der Wahrnehmung stressmodellierender und gesundheitsförderlicher Ressourcen angenommen. Insgesamt wird hier ein Modell mit Übereinstimmung zwischen theoretischem Modell und empirischem Datenmaterial sowie ausreichend interpretierbare Koeffizienten hinsichtlich kausaler Abhängigkeiten erwartet.

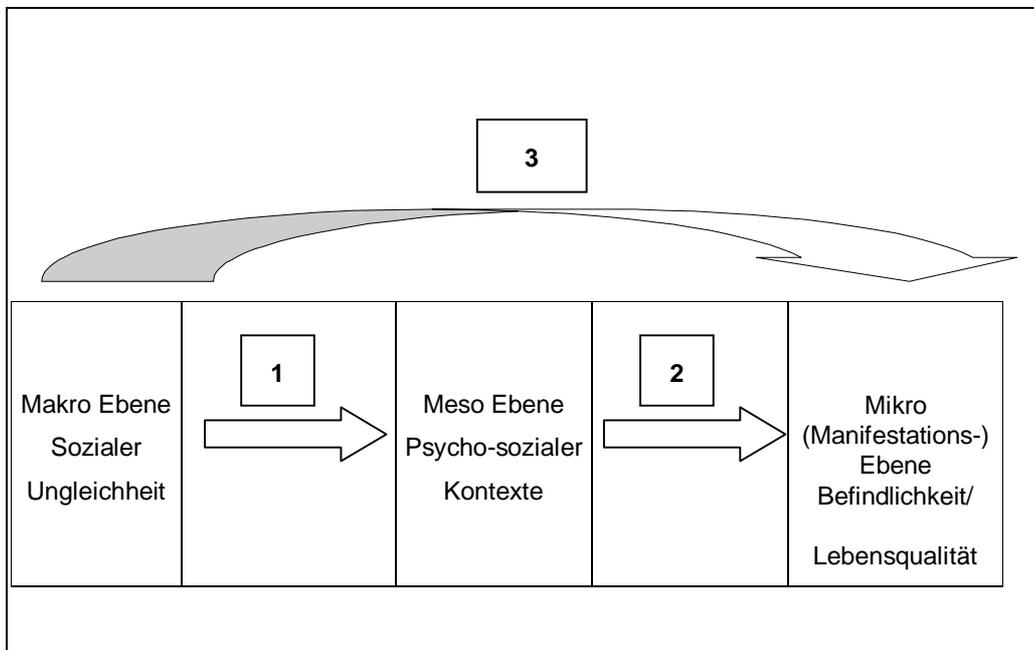


Abbildung 1 Einfaches horizontales Mehrebenenmodell „Soziale Ungleichheit – Ebene psychosozialer Lebenskontexte – Manifestationsebene“

Anhand der Abbildung 1 soll sowohl der Hintergrund wie auch die Fragestellungen nochmals verdeutlicht werden: Wie und was erklärt die offensichtlich einem sozialen Gradienten folgende vermehrte Morbidität, erhöhte Mortalität sowie schlechte Lebensqualität? Zu lange ist dieser soziale Tatbestand als Ursache-Wirkungs-Beziehung relativ unreflektiert angenommen worden. Die ausschließlich der verursachenden Ebene der sozialen Ungleichheit zugeschriebenen verantwortlichen Umstände und Prozesse erklären bei weitem nicht befriedigend die Wirkung (vgl. Steinkamp, 1993).

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird ein theoretischer Rahmen beleuchtet, der in einem ersten Schritt die drei bereits skizzierten Ebenen theoretisch analysiert und anhand der Literatur historische Hintergründe und Entwicklungen nachzeichnet. Der Aufbau der einzelnen Beiträge zu den drei Ebenen gleicht sich dabei im Wesentlichen.

Im einführenden Schwerpunkt liegt dabei eine Beschreibung von dem, was auf Basis der Literatur unter Sozialer Ungleichheit, psychosozialen Kontexten und Befindlichkeit bzw. gesundheitsbezogener Lebensqualität zu verstehen ist. Gefolgt wird dieser Aufbau von einer Übersicht, in welchen Kontexten sich diese Ebenen zunächst unabhängig voneinander in der gegenwärtigen Forschungstradition darstellen.

Die **Makro-Ebene** findet ihren Schwerpunkt primär in den Sozialwissenschaften bzw. der Soziologie, die **Meso-Ebene** stellt einen Schwerpunkt der Sozialepidemiologie bzw. der Gesundheitswissenschaften dar. Hier ist anzumerken, dass insbesondere die amerikanische Wissenschaftslandschaft beide Disziplinen seit langer Zeit als eigenständig ansieht (vgl. Berkman & Kawachi, 2000; Hollingshead & Redlich, 1958). In erster Linie sind Konzepte der Meso-Ebene jedoch in der Medizinischen Psychologie, der Psychologie als Basiswissenschaft und in neuerer Zeit auch in der Rehabilitationspsychologie und –wissenschaft verankert (vgl. Koch & Bengel, 2000) und spielen eine herausragende Rolle in den Gesundheitswissenschaften (vgl. Badura, 1990), insbesondere bei der Konzeptionierung von Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Trojan & Legewie, 2001).

Stark abhängig von einer Betrachtungswarte ist hingegen die **Mikro-Ebene**. Wird diese zunächst losgelöst von den hier aufgegriffenen Fragestellungen betrachtet, so ist es zwingend notwendig, die Zielkriterien der Biomedizin mit aufzunehmen. Hier finden sich somatische Erkrankungen aber auch psychosomatische Erklärungsansätze. Die Formulierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Befindlichkeit stellt eine relativ neue Entwicklung dar und entstammt in erster Linie psychologischer Forschung – hat jedoch als neues Bewertungskriterium schnell Eingang in die Medizin gefunden (für eine Übersicht Bullinger, 1997b).

Die sozialwissenschaftliche Lebensqualitätsforschung setzt sich seit ungefähr Anfang der 80er Jahre ausgehend von der sogenannten Wohlfahrtsforschung mit der Bewertung objektiver Lebensumstände auseinander (Glatzer & Zapf, 1984). Hier geht es

nicht ausschließlich um die auf Umfrageergebnissen basierenden Erkenntnisse sozial ungleich verteilter Lebensumstände, sondern zeitgleich um die Bewertung bzw. Zufriedenheit mit diesen. Hieraus entstand die Frage nach der (soziologisch geprägten) Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland und als praktische Konsequenz die regelhafte Implementierung der Sozialberichterstattung (vgl. Noll, 1997; Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) & Zentrum für Umfragen, 2000).

2.1 Soziale Ungleichheit

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht das Konzept der Sozialen Ungleichheit – Konzept und nicht Theorie deshalb, weil es außerhalb der Soziologie nur sehr schwer vermittelbar erscheint. Dies mag zum einen damit zusammenhängen, dass Vorstellungen von einer Klassengesellschaft in Deutschland mit einem „politischen Makel“ behaftet sind und das Paradigma einer „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ leichter in eine neo-liberale Perspektive eines Industriestaates passt (vgl. Nolte, 2000). Auf der anderen Seite ist sich die empirische Forschung in den Bereichen Medizin und Gesundheit nur selten darüber im Klaren, was denn mit der Erhebung von Bildung und Einkommen „überhaupt anzufangen“ sei – bewusst ist man sich hier selten über die mikroskopische Abbildung einer möglicherweise stark ausdifferenzierten Gesellschaftsstruktur. Zumal die Konsequenzen, die auf Basis von Ergebnissen mit einem sozialen Gradienten nur schwer in die Praxis umsetzbar erscheinen (vgl. Weber & Braun, 2000).

Aus diesem Grunde schien von Anfang an der Begriff der Makro-Ebene, so wie ihn auch die WHO eingeführt und verwendet hat, als Argumentationshilfe hilfreicher. Aber was ist eigentlich mit dem Begriff Makro-Ebene gemeint, was bedeutet er und mit welchen Konzeptionen ist er gefüllt? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der folgenden Bemerkungen.

Ausgehend vom marxistischen Klassenkonzept über Max Webers erste Schichtungsanalyse bis hin zu Theodor Geigers neuerer Sozialstrukturanalyse wird der Versuch unternommen, die Entwicklung sozialer Ungleichheit und die für ihre Zeit spezifische Deutung und Sichtweise darzustellen. Abgeschlossen wird dieser Teil mit der Diskussion um die Klassen- und/oder Schichtungskonzeption in der bundesdeutschen Soziologie der vergangenen zwanzig Jahre (Beck, 1983). Besondere Bedeutung erlangt hier die Konzeption sogenannter „neuer“ Ungleichheiten um soziale Lagen und Milieus (Bourdieu, 1982; Hradil, 1987; Lüdtke, 1989; Schulze, 1991).

In einem daran anschließenden Diskurs wird das auf den Konzeptionen sozialer Ungleichheit aufbauende Gebiet der Sozialstrukturanalyse und der sogenannten Wohlfahrtsforschung näher beleuchtet. Besondere Beachtung findet dabei die soziologische Diskussion um die Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland (Glatzer & Zapf, 1984).

Soziale Ungleichheit

Wenn von der Makro-Ebene die Rede ist, so ist ein dahinterstehendes soziologisches Konzept gemeint: das der sozialen Ungleichheit. Historisch betrachtet liegt im Konzept der Sozialen Ungleichheit eigentlich die Begründung der Soziologie als Wissenschaft. Comte (1798 – 1859) als Urvater der Soziologie wies in seinen frühen Schriften daraufhin, dass Soziologie nur dort stattfindet, wo wenigstens zwei Menschen aufeinander treffen bzw. zusammen sind (Hauck, 1984). Dies impliziert die Annahme, dass kein Mensch wie der andere ist. Soziale Ungleichheit meint aber in erster Linie auch **soziale** Ungleichheit – dies bedeutet, dass soziale Ungleichheit nicht Ungleichheit im biologischen (Geschlechter), im ethnischen (Minoritäten) oder im Sinne unterschiedlicher Altersstufen meint. Soziale Ungleichheit ist also der mit sozialen Beziehungen und Positionen einhergehende Unterschied zwischen Menschen, der regelmäßig Vor- und Nachteile mit sich bringt. Dabei liegen die Ursachen sozialer Ungleichheit in Mechanismen, die Strukturen sozialer Ungleichheit (Verteilung von Bildung, Einkommen, Macht, Prestige etc.) ganz oder teilweise entstehen lassen. Als Ursachen sozialer Ungleichheit werden u.a. Funktionsnotwendigkeiten von Gesellschaften (systemtheoretische Perspektive [vgl. Davis & Moore, 1967]), Machtverhältnisse (vgl. Dahrendorf, 1963), die Prioritäten wohlfahrtsstaatlicher Interessen etc. benannt. Somit kann für die Ursachen sozialer Ungleichheit zusammengefasst werden, dass sie in der Regel aus der Ordnung von Gesellschaft entspringen, ja ihr je nach Sichtweise immanent sind. Dabei sind die Folgen sozialer Ungleichheit in erster Linie Lebensverhältnisse, wie beispielsweise Lebensstandard, Freiräume u.ä., Verhaltensweisen wie beispielsweise Autonomie, Umgang mit Normen, Ästhetik u.ä. oder Denkweisen wie beispielsweise Selbstbewusstsein oder Optimismus, die soziale Nach- und Vorteile im Alltag oft erst für sich und andere spürbar machen (Hradil, 1987). Ein in der Literatur immer wieder diskutierter und beschriebener Eckpunkt der sozialen Ungleichheit sind deren Determinanten. Hierunter sind soziale Positionen und Merkmale wie beispielsweise Beruf, Alter, Geschlecht, Wohnort u.a. zu subsumieren, die zwar selbst keine Vor- bzw. Nachteile darstellen, aber Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit in oftmals unvorteilhafte Lebensbedingungen bringen und in gleichgelagerte Lebensweisen zwingen – wie beispielweise in gute oder schlechte Einkommensverhältnisse. Der Umstand,

dass Determinanten sozialer Ungleichheit identifizierbar sind, harmoniert unmittelbar mit den oben beschriebenen Ausschlusskriterien sozialer Ungleichheit: Die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minorität oder einer Altersklasse, die bereits lange außerhalb der Reproduktionsphase liegt, bedeuten an sich noch nicht die Zugehörigkeit zu einer weniger privilegierten Gruppe – nur muss insbesondere für die Gesellschaft der Bundesrepublik von einem solchen Umstand bzw. Folge ausgegangen werden (Bolte & Hradil, 1988; Hradil, 1987).

Der auf den ersten Blick relativ leicht nachzuvollziehende Tatbestand sozialer Ungleichheit bekommt erst dann eine mehr komplexe Reichweite, wenn die Folgen und die Legitimation mit einbezogen werden. Gerade dieser letzte Punkt der Legitimation und Verursachung stellt den zentralen Forschungspunkt der soziologischen Theorieevolution dar und ist unmittelbar mit der ökonomischen aber auch politischen Entwicklung Europas des 18. Jahrhunderts verbunden. Hier steht der aus soziologischer Perspektive bahnbrechende Prozess der Aufklärung im Mittelpunkt. Dieser Prozess löste die Auffassung der Menschen ab, dass soziale Ungleichheit eine naturgegebene Ungleichheit sei. Rousseau formulierte 1754, dass es vernünftigen und freien Menschen nicht zukomme, die Frage zu stellen, ob die Herrschenden notwendig mehr wert seien als die Beherrschten (Brock, 1998). Dieser Prozess muss jedoch vor dem Hintergrund einer sich rapide wandelnden Wirtschaftsordnung, an deren Anfang einer soziologischen Betrachtung sicherlich die **vorindustrielle Ständegesellschaft** steht, gesehen werden. Dabei war die wichtigste Determinante sozialer Ungleichheit von Beginn des Mittelalters teilweise bis in das 19. Jahrhundert hinein die Herkunft: Die Geburt entschied über die Lebensbedingungen der Menschen. Dabei bestand die Dimension der Ungleichheit aus rechtlich festgelegten Privilegien bzw. Beschränkungen in der Art unterschiedlicher Besteuerung, unterschiedlicher Wahlrechte, Erwerbsmöglichkeiten, Kleidervorschriften, Schollenzwang, unterschiedlicher Erbuntertänigkeit, etc. (Bolte & Hradil, 1988, insb. S. 90ff).

Kennzeichnend für Ständegesellschaften ist das Geburtsprinzip – von daher auch häufig die Umschreibung als Abstammungsgesellschaft. Ständegesellschaften erfahren ihre Legitimation auf der Basis von Tradition und religiösen Überzeugungen. Die Ständegesellschaft fußt auf einem für alle Standesmitglieder verbindlichen Werte- und Normensystem und dem Bewusstsein der Unabdingbarkeit der sozialen Rangordnung. Ein Aufstieg in einen höheren Stand ist zum Beispiel durch Berufung möglich; Ursache für einen Abstieg kann 'unstandesgemäßes', unehrenhaftes Verhalten sein. Dabei ist ein Standeswechsel aber die Ausnahme (Weber, 1922, insb. S. 179f.).

Nicht nur die revolutionäre technische Entwicklung sondern auch wirtschaftliche Reformen wie Gewerbefreiheit, Bauernbefreiung und Freizügigkeit waren Initialpunkte der Industrialisierung und damit der **frühindustriellen Klassengesellschaft**. Die wesentliche Determinante sozialer Ungleichheit „familiäre Herkunft“ wurde im Laufe der Zeit durch die Determinante „Besitz bzw. Besitzlosigkeit“ vor allem der Produktionsmittel abgelöst. Die beiden gesellschaftlichen Hauptklassen – Besitz- und Bildungsbürgertum sowie besitzlose Arbeiter – waren nicht durch rechtliche Privilegien, sondern durch wirtschaftliche und gesellschaftliche Schranken voneinander getrennt, die gesellschaftliche Auf- und Abstiege fast unmöglich machten.

Bei dem Klassenbegriff handelt es sich um die soziologische Gesellschaftsbezeichnung, die innerhalb der Ungleichheitsforschung sehr verschieden ausgelegt und verwandt wird. Allgemein entspricht der Begriff 'Klasse' der Vorstellung einer Gesellschaftsordnung, deren Mitglieder sich durch bestimmte ökonomische Merkmale, ein spezifisches Zusammengehörigkeitsgefühl und das Bewusstsein, über einen historischen politischen Auftrag zu verfügen, auszeichnen. Untrennbar verbunden mit der soziologischen Theorieevolution ist der deutsche Sozialphilosoph Karl Marx (1818-1883). Er sieht Klassengesellschaften als Gesellschaften unüberbrückbarer Gegensätze, ja als Antagonismen: Die Mitglieder der einen Klasse besitzen die ökonomische und politische Macht und eignen sich dabei den sogenannten Mehrwert, den die Angehörigen der anderen Klasse erzeugen, an.

Nach Marx wandeln sich Gesellschaften aufgrund der widersprüchlichen Entwicklung von Produktivkräften und Produktionsverhältnissen. Die Produktivkräfte ermöglichen die Produktion von Gütern: menschliche Arbeitskraft, bereitgestellte Energie, Verminderung der Fertigungstiefe zugunsten einer größeren Produktionsmenge. Ziel der Produktivkräfte ist die Erhöhung der Produktivität. Im Sinne der Dialektik verhalten sich die Produktionsverhältnisse, also die gesellschaftlichen Lebensbedingungen und insbesondere die Eigentumsverhältnisse, gänzlich anders. Da sie die Klassengesellschaft widerspiegeln, ist es im Interesse der herrschenden Klasse, die bestehenden Bedingungen zu stabilisieren. Laut Marx ist es nur eine Frage der Zeit, dass sich dieser zuspitzende Widerspruch in Form einer Revolution durch die unterdrückte Klasse entlädt. Marx führt als Beispiel für diese dialektischen Gesetzmäßigkeiten die Folge des Kapitalismus auf den Feudalismus an. Marx definiert Klassenzugehörigkeit über die Verfügungsgewalt von Produktionsmitteln, demgemäss über Fabriken, Maschinen und Werkzeuge. Bourgeoisie und Proletariat sind nach ihm die Grundklassen per se.

Marx sieht sehr wohl, dass erst ein gemeinsames Bewusstsein, das Klassenbewusstsein, also die Solidarität der die Gesellschaftsklasse bildenden Menschen, die Grundbedingung für gemeinsames politisches Handeln ist. Kritiker werfen Marx eine zu undifferenzierte Darstellung der Gesellschaft vor: Die Verfügungsgewalt über Produktionsmittel als einziges Merkmal berücksichtigt weder eine stärkere Differenziertheit der Sozialstruktur noch den ständigen Wandel der Gesellschaft (Mikl-Horke, 1992). Zu diesen Kritikern muss sicherlich auch Max Weber (1864-1920) gezählt werden. Dieser differenziert den Klassenbegriff von Karl Marx und belegt ihn teilweise mit einem anderen Sinn. Zwar bestimmt die Klasse die Lebenschancen der Menschen, doch die Menschen sind grundsätzlich in Besitzklassen und Erwerbsklassen zu teilen. Die Lebenschancen sind aber auch für Angehörige der Erwerbsklassen variabel; Menschen beeinflussen in 'modernen' Gesellschaften ihre Chancen auf dem Markt durch individuell erworbene Qualifikationen. Diese Klassengesellschaft ist für Weber — anders als für Marx — variabel: Sie lässt sich nicht nur in zwei Klassen differenzieren. Klassenangehörige leben für ihn in unterscheidbaren sozialen Lagen, also typischen Bündelungen der Gesamtheit der individuellen Lebensbedingungen. Bei Weber steht der Begriff 'soziale Klasse' im Vordergrund. Dabei sieht er in der bürgerlichen Gesellschaft des ausgehenden 19. Jahrhunderts drei Hauptklassen: die Arbeiterklasse, die besitzlose Mittelklasse (Angestellte, Beamte, durch Bildung Privilegierte) und die besitzende Oberklasse. Für Weber ist die soziale Lage erwerbbar; soziale Auf- und Abstiege sind typisch (Weber, 1922).

Die anwachsende Zahl von besitzlosen Arbeitern kann als eine Ursache für die Ausdifferenzierung einer Berufshierarchie gesehen werden. Damit war für die Menschen die berufliche Stellung die wichtigste Determinante sozialer Ungleichheit geworden. Dabei lässt sich die Stellung im Beruf als Determinante in die Bereiche Qualifikation, Erwerbseinkommen und berufliches Prestige aufgliedern. Diese Schichtung überlagerte die Reste des Klassen- und Ständegefüges, ohne beide vollkommen zu verdrängen. Insgesamt kann diese Entwicklungsetappe als **industrielle Schichtgesellschaft** umschrieben werden und steht historisch für die Bundesrepublik Deutschland der unmittelbaren Nachkriegszeit (vgl. Geißler, 1996a). Auch die wesentlichen Merkmale sozialer Schichtung müssen im ökonomischen Bereich gesehen werden. Über die Ursachen sozialer Schichtung herrschen sehr unterschiedliche Auffassungen, die verschiedenen sozialwissenschaftlichen Theorieströmungen zugeschrieben werden können. Eine erschöpfende Übersicht zu dieser Entwicklungsstufe gesellschaftlicher Entwicklung geben Kreckel und Geißler (Geißler, 1996a; Kreckel, 1983).

Als darauf folgende Entwicklungsstufe müssen die sogenannten **fortgeschrittenen Industriegesellschaften** gesehen werden. In diesen schieben sich neben die bisherigen Dimensionen (Einkommen, Vermögen, berufliche Macht und Prestige) weitere Dimensionen in den Vordergrund: Ungleichheiten in der sozialen Sicherheit und des Umfeldes (Arbeits-, Wohn-, Wohnumfeld- und Freizeitbedingungen). Dies kann auf eine Vermehrung des Wohlstandes und den Ausbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen zurückgeführt werden (Beck, 1986). Ferner verändern neue soziale Bewegungen, wie die Ökologie- und Frauenbewegung, und andere soziokulturelle Faktoren, wie Vorurteile gegenüber Randgruppen, die Strukturen sozialer Ungleichheit (Diezinger & Mayr-Kleffel, 1999).

Zu den bisherigen im Vordergrund stehenden 'vertikalen' Determinanten kamen seit den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts weitere 'horizontale' Status-Determinanten hinzu, wie die verstärkte Akzentuierung der Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern (Beck & Beck-Gernsheim, 1990), Groß- und Kleinfamilien, Ost- und Westdeutschland (Geißler, 1996a), Einheimischen und Asylbewerbern bzw. Einwanderern (Marschalck, 1984). Dieser Schichtaufbau der Gesellschaft scheint sich nach Meinung vieler Autoren verfestigt zu haben, wenn er auch von sogenannten **Statusinkonsistenzen** geprägt ist. Hiermit ist eine sich offensichtliche Widersprechung in den Ausprägungen der Schichtdeterminanten zu verstehen, z. B. Statusgruppierungen mit höherer Bildung, aber geringerem Einkommen, und Gruppierungen mit höherem Einkommen, aber geringerer Bildung anzutreffen. Dies ist ein Nebeneinander von Bildungs- und Einkommensmittelschicht.

Die gegenwärtige Diskussion um den Aufbau der Sozialstruktur Deutschlands ist geprägt von der Frage, ob sich die „alten“ Ungleichheiten nach wie vor aufspüren lassen – sich eine gesellschaftliche Prägung nach einem klaren „unten“ und „oben“ in den Vordergrund stellt. Oder ob sich alle bisherigen Determinanten sozialer Ungleichheit in ihrer Bedeutung verringert haben und sich die bekannten Figurationen aus dem Bewusstsein der Menschen zurückgezogen haben. Fast lässt sich diese Diskussion mit einer Publikation (Beck, 1983) in Verbindung bringen, um die sich ein großer Teil der Diskussion noch zum gegenwärtigen Zeitpunkt bewegt (Geißler, 1996b). Diese sogenannten „neuen“ Dimensionen sozialer Ungleichheit lassen eine sehr unterschiedliche Kombination von Vor- und Nachteilen innerhalb der Bevölkerung zu; demnach verliert die vertikale Schichtung an Relevanz (Hradil, 1987). Ein Beamter mittleren Dienstes verfügt z.B. über viel Freizeit und hohe Sicherheit sowie ein mäßiges Einkommen. Ein 'neuer Selbstständiger' hingegen erkaufte sich sein hohes Einkommen mit unsicheren Arbeitsrahmenbedingungen und Freizeitmangel. Solche für entwickelte Industriege-

sellschaftlichen typischen Konstellationen lassen sich eher mit dem Begriff 'soziale Lage' als mit 'sozialer Schichtung' kennzeichnen (Hradil, 1987).

Die Gesamtbetrachtung des Gefüges sozialer Ungleichheit lässt ausgeprägte, relativ gut gestellte unterschiedliche mittlere 'soziale Lagen' erkennen; Minderheiten entfernen sich nach 'oben' ('neue Selbstständige', 'Yuppies') und nach 'unten' (Personen mit wenig Kaufkraft, meist nicht am Erwerbsprozess beteiligt). Diese bereits in den ersten Arbeiten von Max Weber (Weber, 1922) und Theodor Geiger (Geiger, 1932, 1949) angedeuteten Entwicklungschancen von Menschen in sich modernisierenden Gesellschaften wurden bereits von Bergmann et al Ende der sechziger Jahre als sogenannte 'horizontale Disparitäten' wiederum thematisiert (Bergmann, Brandt, Körber, Mohl & Offe, 1968). Zusammenfassend versteht man unter diesen "neuen" sozialen Ungleichheiten die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, Ungleichheiten zwischen Regionen und die Disparitäten zwischen Ethnien und Gruppen (Randgruppen). Es ist augenfällig, dass es sich hier nicht um neue soziale Ungleichheiten handelt. Neu ist daran lediglich, dass man für die hier beobachtbaren Disparitäten zunehmend ein Bewusstsein entwickelt hat. Hier dokumentiert sich ein Wandel von Werten und Normen – möglicherweise ein Paradigmenwechsel – Ungleichheiten, die auf angeborene (askriptive) Merkmale zurückgehen, erscheinen immer weniger tolerabel. Neu ist allerdings auch, dass Einkommen zunehmend nicht Erwerbseinkommen darstellen, sondern aus Transferzahlungen¹ des Staates resultieren. Immerhin stammt im Durchschnitt etwa jede vierte Mark, über die Privathaushalte verfügen, mittlerweile aus solchen Transferzahlungen, eine Tendenz, auf die Lepsius schon früh aufmerksam gemacht hat (Lepsius, 1974, 1979) und die Ulrich Beck (Beck, 1986) später wieder aufgenommen und Kaufmann (Kaufmann, 1997) gar als Herausforderung bezeichnet hat. Schließlich bekämen in fortgeschrittenen Industriegesellschaften Ungleichheiten, die Bedingungen beschreiben, unter denen man seine Lebensverhältnisse gestalten kann, immer größere Bedeutung. Gleichzeitig differenzieren sich diese Lebensverhältnisse und die Wünsche und Möglichkeiten, sie zu gestalten, immer mehr aus. Der Begriff der sozialen Lage sei hier angemessener, um die Phänomene zu beschreiben, als der der sozialen Schichtung (vgl. Hradil, 1987, 1995). Folgerichtig nennt Stefan Hradil auch das Abschlusskapitel seines wohl Hauptwerkes 'Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus' (Hradil, 1987). Diese vertiefende Sozialstrukturanalyse hat es offensichtlich nicht zum Ziel, die objektiven Determinanten sozialer Ungleichheit, wie sie vielfach als 'Meritokratische Triade' als Klammer von Bildung, beruflicher Stel-

¹ Wohngeld, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung etc.

lung und Einkommen beschrieben wird, auszuhebeln und für irrelevant zu erklären. Vielmehr weist sie darauf hin, dass sich gegenwärtig mehr als bisher eine sogenannte Pluralisierung von Milieus und Lebensstilen erkennen lässt. Unter 'Milieu' werden zusammenfassend die in einer bestimmten Personengruppe typischerweise zusammen-treffenden Grundwerte, Grundeinstellungen und Verhaltensmuster verstanden. Oder auch wie es Gerhard Schulze so zutreffend formuliert hat: ‚gesellschaftlich relevante soziale Gruppen mit erhöhter Binnenkommunikation‘ (Schulze, 1991). Seit Mitte der achtziger Jahre existiert eine mittlerweile etablierte Sozialstrukturforschung, die genau dieser Pluralisierung und damit den horizontalen Disparitäten empirisch und theoretisch nachspürt (Lüdtke, 1989; Schulze, 1991). Entstanden sind hieraus eine ganze Reihe wohlfundierter Annahmen über die Struktur und Zusammensetzung einer Milieulandschaft Deutschlands, die dem Begriff des Lebensstils eine neue soziologische Bedeutung eingehaucht haben, die sich verkürzt als ‚typische Regelmäßigkeiten in der Alltagsgestaltung‘ zusammenfassen lässt. Der Lebensstil äußert sich zum Beispiel in der Freizeitgestaltung: Familienorientierte Menschen weisen andere Konsumstrukturen und Zeitbudgets auf als Alleinstehende. Dabei zeigt die Pluralisierung von Milieus und Lebensstilen in fortgeschrittenen Industriegesellschaften eine ganze Reihe weitreichender Auswirkungen.

Die Verknüpfung zwischen den äußeren, schichtspezifischen (objektiven) Lebensbedingungen und den gesellschaftsspezifischen (subjektiv geprägten bzw. gedeuteten) Milieus und Lebensstilen hat sich gelockert: Mitglieder gleicher Berufsgruppen gehören heute häufig verschiedenen Milieus an und zeigen verschiedene Lebensstile.

Die Vielfalt an Gruppen mit eigenen typischen Werten, Mentalitäten und Normen nimmt zu; ihre Bedeutung für den Einzelnen steht der Zugehörigkeit zu einer Großgruppe oft nicht nach. Menschen ordnen sich in ihrem gesellschaftlichem Standort mehr und mehr solchen subjektiven Gruppierungen zu. Ein Mitglied einer fortgeschrittenen industriellen Gesellschaft kennzeichnet sich nicht nur durch Beruf und Status, sondern auch durch seine Lebensweise, sein Milieu.

Zusammenfassung

Es konnte gezeigt werden, dass sich das, was unter sozialer Ungleichheit zu verstehen ist, in den letzten zweihundert Jahren rapide gewandelt hat und einem Bedeutungswechsel aus sozialwissenschaftlicher Perspektive unterzogen wurde. Galt noch vor zweihundertfünfzig Jahren der weitervererbte soziale Stand als von Gott gegeben und natürlich verursacht, so scheint es heute bereits aussichtslos, eine allgemeingülti-

ge Theorie der Gesellschaft zu formulieren. Dies liegt nicht unmittelbar an verschiedenen Schulen der Sozialstrukturanalyse, sondern vielmehr an einer sich schneller und rapider wandelnden Gesellschaft und der zunehmenden Globalisierung.

Nach wie vor mehrten sich jedoch die Zeichen, dass auch die Annahme einer vertikalen Gesellschaftsstruktur nach wie vor Relevanz besitzt, ja sogar empirische Befunde eher für eine sich verschärfende Strukturierung der Gesellschaft in ein ‚oben‘ und ‚unten‘ sprechen. Nicht zuletzt die deutsch-deutsche Wiedervereinigung birgt auch zehn Jahre nach der sogenannten Wende ungeahnte vor allem sozialpolitische Risiken, die die Annahme von sozialen Lagen und einer Pluralisierung der Lebensstile wieder etwas in den Hintergrund treten lassen (Geißler, 1996a).

2.1.1 Die soziale Landschaft der Bundesrepublik Deutschland der Gegenwart

Übrig bleibt also nach wie vor die Frage nach der Art und Form der Gesellschaft, mitunter der Sozialstruktur, in und mit der wir leben. Geradezu inflationär scheinen die Begrifflichkeiten für die Bezeichnung unserer Gesellschaftsstruktur: soziale Klasse, soziale Schicht, soziale Lage, von Milieus und Lebensstilen geprägte Gesellschaft oder gar Individualisierung. Jeder ist anders als der andere und doch gleichen sich einige mehr und die anderen weniger. Geißler hat sich insbesondere gegen die zuletzt genannten Tendenzen massiv gewehrt und stellt die neuen Ungleichheiten zwar nicht in Frage, sieht sie jedoch außerhalb eines Paradigmenwechsels: „Mit der unkritischen Fokussierung auf die dynamische Vielfalt der Lagen, Milieus und Lebensstile wird der kritische Blick für weiterhin bestehende vertikale Ungleichheitsstrukturen getrübt. Es besteht die Tendenz, dass vertikale Strukturen weg-differenziert, weg-pluralisiert, weg-individualisiert und weg-dynamisiert werden. Sie werden mit einem Schleier von Prozessen der Individualisierung, Pluralisierung, Differenzierung und Dynamisierung verhüllt und unkenntlich gemacht“ (Geißler, 1996b, S. 323). Nach wie vor besteht die empirische Notwendigkeit, vertikale Ungleichheiten in ihrer Gänze als kennzeichnend für die Sozialstruktur Deutschlands anzunehmen. Dies betrifft vor allem den Aspekt der Reproduktion sozialer Ungleichheit. Zwar gibt es vielfach Belege für eine Durchbrechung ausschließlich horizontal verlaufender Strukturmerkmale, insbesondere der Meritokratischen Triade, indem durch die Bildungsexpansion, staatlichen Transferleistungen und durch die Entstehung neuer Ökonomien soziale Mobilität vertikal zur Gesellschaft möglich geworden ist (Singelmann, 1985). Nicht zuletzt Geißler ist es, der sich für eine „Paradigmen-Konkurrenz statt einer Paradigmen-Revolution“ einsetzt

(Geißler, 1996b, S. 335). Seine Vorstellungen vom geschichteten Aufbau der Bevölkerung scheinen in vielfacher Hinsicht gerechtfertigt und entsprechen einer breiten Zahl empirischer Korrelate.

Wie kann nun verblieben werden – in welcher Gesellschaft leben wir? Nach wie vor haben die Bestandteile der meritokratischen Triade hohe Relevanz für die Deutung des gesellschaftlichen Aufbaus - nicht nur für die Draufsicht des Sozialwissenschaftlers, sondern auch aus Perspektive des Subjektes. Unmissverständlich ist die Sozialisationsanlage von Bildung, Beruf und Einkommen. Fast scheint es weiterhin redundant, von der „Klasse an und für sich zu sprechen“ – deutlich wird dies durch den historischen Verlauf einer sektoralen Gesellschaftsfiguration und der darin einzuordnenden Akteure (Schäfers, 1981, S. 153ff.). Wesentlich für die berechtigte Annahme neuer Ungleichheiten ist sicherlich der Befund horizontaler Dynamik in einer komplexer werdenden Gesellschaft, die durch eine Reihe schon klassisch gewordener Merkmale reüssiert: Infragestellung der klassischen Berufshierarchien, Zunahme von Freizeit, durch Medien und Werbung angeregte Konsumstile, Zusammenwachsen ehemals ferner Ziele durch Erleichterung der Fortbewegung (Straßennetz, Bahnverbindung, Flugmöglichkeiten), mitunter Globalisierung, neue Medien wie Internet, verstärkte Anstrengungen zur Durchsetzung von Frauenrechten, ökologische Bewegung, Migration, Veränderung der Freizeitmöglichkeiten und des Freizeitverhaltens durch einen Strukturwandel in der Arbeitswelt. Empirisch konnte diese ‚neue‘ Sozialstrukturanalyse bereits gut belegt werden (Gluchowski, 1988; Hradil, 1987; Lüdtke, 1989; Schulze, 1991). Nun stellt sich hier jedoch die Frage, ob neue Ungleichheiten ohne die alten Ungleichheiten und umgekehrt auskommen. Eine Einordnung neuer Ungleichheiten, ohne wenigstens situative Merkmale mit einzubeziehen, erscheint aussichtslos, eine Sozialstrukturanalyse nach Merkmalen alter Ungleichheiten scheint hingegen ohne weiteres nach wie vor möglich. Da in diesem Zusammenhang jedoch über eine bloße deskriptive Analyse hinausgegangen werden soll, scheint somit die Frage nach der analytischen Machbarkeit angebracht. Dies erstreckt sich auf zwei Bereiche mit mehr praktischer Relevanz: Welche Möglichkeiten bestehen, um neue Ungleichheiten empirisch abzubilden und wenn, wie sind sie harmonisiert? Der zweite Bereich betrifft die hier vorgenommene Forschungsstrategie: Welche Akzeptanz haben neue Ungleichheiten und ihre empirischen Operationalisierungen bisher in gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen erfahren? Abgesehen von wenigen Untersuchungen, muss hier konstatiert werden, dass eine gänzliche Abkehr von den „klassischen“ Merkmalen sozialer Ungleichheit, mithin der Meritokratischen Triade, nicht stattgefunden hat. Verlockender erscheint hingegen, in Konzeptionen zu Gesundheitsförderung und Prävention auf neue soziale Ungleichheiten und deren vorgeschlagene Operationalisierungen

einzuweisen. Jedoch auch hier sind Untersuchungen, die dem Lebensstil und somit sozialen Milieus, Rechnung tragen, nicht bekannt. Zudem scheinen sie insgesamt auch lediglich für eine Verhaltens- denn für eine Strategie, die die Lebensverhältnisse berücksichtigt, tauglich.

Insbesondere neuesten Untersuchungen nach muss gefolgert werden, dass sich das soziale Gefüge der Bundesrepublik Deutschland nach wie vor in Richtung einer Klassengesellschaft bewegt (Nolte, 2000).

Sicherlich hatten sämtliche Untersuchungen neuer sozialer Ungleichheiten und deren Ergebnisse eine hohe Relevanz und auch theoretische Berechtigung. Vorzuwerfen bleibt ihnen jedoch eine ganze Reihe entscheidender Faktoren, die sie entweder nicht berücksichtigen oder deren empirische Operationalisierung den Sozialforscher schlechthin überfordert:

Wesentlicher Ausgangspunkt der ersten Milieukonzeptionen liegt in den achtziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts. Alle großen Untersuchungen mussten sich und ihre Ergebnisse am Wendepunkt der deutsch-deutschen Geschichte messen lassen. Die darauf einsetzende ökonomische Verschärfung, ausgelöst durch exorbitante Transferleistungen, schien die soziologische Bedeutsamkeit der Milieukonzepte in den Hintergrund zu drängen. Nach wie vor scheint immer noch unklar zu sein, wie sich die ostdeutsche Sozialstruktur der westdeutschen anpassen wird bzw. ein Sondergang wahrscheinlich sein wird (Geißler & Meyer, 1996, S.333).

Ein mehr politischer Vorwurf muss den Konzepten neuer Ungleichheit dahingehend gemacht werden, wie denn ein neues Paradigma entstehen soll, dass den zunehmenden Anteil nicht-deutscher Mitbürger in der Bundesrepublik aus dem Blickfeld verloren hat und Ungleichheiten, die nicht nur zwischen diesen Bauteilen unserer Sozialstruktur, sondern auch innerhalb der Ethnien bestehen, kaum reflektiert. Diese Entwicklung steht diametral zu einem erstarkenden Nationalismus und Neo-Faschismus und der Debatte um Bevölkerungsrückgang und Einwanderungsgesetz (Geißler, 1996a, S.214).

Schließlich muss auf den im Frühjahr 2001 erschienenen ersten Armutsbericht einer Bundesregierung seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland eingegangen werden, dessen Ergebnisse mehr als beunruhigend sind. Demnach konzentriert sich immer mehr Kapital auf immer weniger Personen und diese Entwicklung wird innerhalb des Berichtes fortgeschrieben. Besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang der zunehmende Anteil von mittlerweile bereits mehr als einer Million Kinder, die in

Deutschland in Armut leben (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2001, vgl. insb. III.4). Sicherlich ist die Betrachtungswarte und die Definition von Armut eine diffizile Angelegenheit – nach wie vor spricht dies jedoch für eine aktuelle Plausibilität einer nach vertikalen Akzenten geschichteten Gesellschaft. Dieser Umstand spricht jedoch keinesfalls für eine Konfrontation mit sozialer Lage und neuer sozialer Ungleichheit. Wenn die Meritokratische Triade nach wie vor ihre Berechtigung erfährt, gelingt moderne Sozialstrukturanalyse zukünftig nur unter Berücksichtigung „neuer“ Indikatoren sozialer Ungleichheit (Berger & Hradil, 1990). Anders als Habich & Noll wird hier nicht davon ausgegangen, dass die neuen sozialen Ungleichheiten die alten überlagern (Habich & Noll, 2000, S. 552). Zudem liefern beide Autoren einen Beitrag zum Zusammenhang zwischen sozialen Lagen der Erwerbssituation und der Selbsteinschätzung in das Schichtengefüge der Bundesrepublik Deutschland. Besonders herauszustellen sind dabei die Anteile in den zwanzig Lagen der Erwerbssituation, die sich mindestens 10 von 22 vorgegebenen Lebensstandardaspekten nicht leisten können: 3 % in der Lage der Leitenden Angestellte/Höheren Beamten – 9% in der Lage der Un-, angelernten Arbeiter – 40% in der Lage der Arbeitslosen (Habich & Noll, 2000, S. 556).

Eine in der Sozialstrukturanalyse der Bundesrepublik bisher fast nur beiläufig untersuchte gesellschaftliche Entwicklung betrifft die Personen, die dauerhaft aus dem Erwerbsprozess ausgeschieden sind. Die Analyse der „Alten-Population“ scheint mit den klassischen Merkmalen der Statusbestimmung nur schwerlich möglich. Erst allmählich öffnet sich der Sozialstrukturanalyse diesem mehr als bedeutsamen Gebiet neuester gesellschaftlicher Entwicklung. Gegenwärtig kann davon ausgegangen werden, dass die ökonomisch geführte Debatte über die Zukunftssicherung der Renten und somit der perspektivischen Absicherung der Menschen die noch bzw. in absehbarer Zeit im Erwerbsprozess stehen werden, die Diskussion um die bereits im Lastenquotienten aufscheinenden Personen überdeckt (Knesebeck, 1998, S. 28f.).

2.1.2 Die Operationalisierung sozialer Ungleichheit

Im vorangegangenen Abschnitt wurden bereits basierend auf theoretischen Vorstellungen über die Sozialstruktur der Bundesrepublik Deutschland diskutiert, welche Probleme bei der empirischen Operationalisierung sozialer Ungleichheit zu berücksichtigen sind. Nicht zuletzt sind in diesem Zusammenhang zwei wesentliche Vorgehensweisen bzw. Strategien zu berücksichtigen. Natürlich sollte dabei an erster Stelle die theoretische Vorstellung über die soziale Gliederung der Gesellschaft stehen. Dies

bedeutet vereinfacht gesprochen, dass mit der Vorstellung einer Klassengesellschaft die Dependenz sozialer Ungleichheit mit der Verteilung der Produktionsmittel einhergeht. Nachdem diese einfache Konzeption auch unter strengsten Annahmen nicht mehr nachvollziehbar erscheint und differenzierendere Gesellschaftsvorstellungen diskutiert werden, stellt sich hier eine weitere Frage: Was sind die Indikatoren dieser Gesellschaftsvorstellungen, wie wird soziale Ungleichheit determiniert und was sind die Folgen? Bezogen auf diese Sozialstruktur sind die Anzeichen einer nach wie vor existierenden Gültigkeit der Meritokratischen Triade unübersehbar: Bildung, berufliche Stellung und Einkommen. Jedes dieser Merkmale birgt eine Vielzahl von Möglichkeiten der empirischen Abbildbarkeit mitunter der Operationalisierung (Merkmalsausprägung). Beispielsweise ist das Merkmal „Bildung“ aufgrund starker Systemunterschiede in Großbritannien anders abzufragen als etwa in der Bundesrepublik Deutschland. Einfach scheint es fast hingegen für das Merkmal Einkommen – jedoch sind auch hier unterschiedliche Relativierungsfaktoren wie beispielsweise die Anzahl der Personen im Haushalt oder Netto- bzw. Bruttoeinkommen zu berücksichtigen. Einen ersten Überblick über ein mögliches „core set“ der Standarddemografie geben Ehling et al. (Ehling, von der Heyde, Hoffmeyer-Zlotnik & Quitt, 1992; Hoffmeyer-Zlotnik & Ehling, 1991). Die Durchsicht dieser Standards ergibt jedoch folgerichtig ein weiteres Problem. Insgesamt 13 Fragekomplexe mit diversen Unterkategorien werfen trotz der angedeuteten Möglichkeit der Reduktion (Ehling et al., 1992, S. 29) ein weiteres, oftmals schwerwiegendes Problem auf: das der Studien- bzw. Untersuchungsökonomie.

Zwar mag die Messung und Analyse sozialer Ungleichheit in der hier vorliegenden Arbeit im Mittelpunkt stehen, - verfolgt man jedoch das Ziel, möglichst viele Untersuchungen miteinander zu vergleichen, die ähnliche jedoch sicherlich nicht gleiche Fragestellungen haben, erscheint die Einsetzbarkeit von 13 ausdifferenzierten Fragekomplexen problematisch.

Die folgenden Ausführungen möchten von daher einen Überblick geben, welche Möglichkeiten einer weitestgehend harmonisierten Soziodemografie und der Abbildung sozialer Ungleichheit existieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf gesundheitswissenschaftlichen bzw. medizinischen und epidemiologischen Untersuchungen.

Initial geradezu revolutionär mutet bei dieser Vorgehensweise eine neuere Publikation an, die es sich zur Aufgabe gestellt hat, die Anwendung der soziodemografischen Messung in epidemiologischen Untersuchungen kritisch zu reflektieren und Empfehlungen auszusprechen (Ahrens et al., 1998). Auch die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe, die folgerichtig dann als allgemeine Empfehlungen für eine Standarddemografie in

der Epidemiologie umgesetzt wurden, wenden sich in ihren Überlegungen in erster Linie an die Vorstellungen einer geschichteten Gesellschaft. Dabei wird auch in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass die wesentlichen Dimensionen Sozialer Schicht

- „die Bildung mit den Subdimensionen (Schul-) Bildung und (Berufs-) Ausbildung
- die Stellung im Beruf
- das Einkommen“ (Ahrens et al., 1998, S. 8f.)

sind.

Weiterhin geben die Autoren eine kurze Strategieübersicht dahingehend, welche Rolle und somit eine operationalisierte Vorstellung sozialer Ungleichheit in epidemiologischen Modellen zukommt. Auf der einen Seite muss und wird auch in vielen Untersuchungen der Einfluss der sozialen Ungleichheit in Assoziation mit einer Reihe weiterer Faktoren als Confounder gesehen. Hier liegt die multivariate Vorstellung zugrunde, dass soziale Ungleichheit zum einen direkten Einfluss auf die Gesundheit ausübt und zum anderen einen Einfluss, der über weitere Faktoren, beispielsweise des Gesundheitsverhaltens, vermittelt wird.

In einer weiteren Differenzierung gehen die Autoren auf die Anwendungs- und Homogenisierungsbestrebungen in epidemiologischen Untersuchungen ein und nehmen dabei folgende Unterteilung vor:

- „regionale
- nationale
- internationale
- geschlechtsspezifische“ (Jöckel et al., 1998, S. 9)

Bereiche sollten durch ein Set soziodemografischer Standards abgebildet und miteinander verglichen werden können. Dabei ist die Problematik des internationalen Vergleichs von Bildungsabschlüssen – was auch für die deutschen Abschlüsse zutrifft – und das des Einkommens hinlänglich diskutiert worden (vgl. Bloomfield, 1998). Für die Erfassung der beruflichen Stellung bietet sich – und dies unterstützen die Autoren ausdrücklich – gerade auch im Hinblick auf internationale Vergleichbarkeit, die Verwendung der Internationalen Standardklassifikation der Berufe (ISCO) an (vgl. Hoffmeyer-Zlotnik, 1998). Zudem bietet die Abfrage des ISCO-Codes zusätzlich die Abbildung eines theoretisch reizvollen soziologischen Konzeptes: Das des Klassenschemas nach Erikson und Goldthorpe (Erikson & Goldthorpe, 1992).

Kritisch anzumerken ist in dieser Darstellung, dass die ethnische Zusammensetzung der ausländischen Mitbürger in Deutschland hier nur unzureichend repräsentiert wird. Aufgrund der folgenden Anforderungen spricht sich die Arbeitsgruppe des Robert-Koch-Institutes für die Empfehlung der „Demografischen Standards“ aus:

- Einsatz der wesentlichen Merkmale sozialstruktureller Entwicklung in der Operationalisierung, so dass sie für den Vergleich mehrerer Studien dienlich sind.
- zuverlässige Erhebung der Messwerte
- weitestgehender Vergleich mit den Daten der Amtlichen Statistik und inhaltlich verwandter Untersuchungen

(verkürzt nach Jöckel et al., 1998).

Im Folgenden werden, ausgehend von den gerade skizzierten Grundvoraussetzungen der Messung soziodemografischer Merkmale, die drei Hauptbereiche der Meritokratischen Triade eingehender erläutert: Bildung, berufliche Stellung, Einkommen. Für das Merkmal Bildung sind basierend auf den durch das Bildungssystem vorgegebenen Abschlusskategorien nur wenig Unstimmigkeiten zu erwarten – diese sind dann aktuell, wenn es um internationale Vergleiche geht (s. o.). In der Regel kommt es hier jedoch zu einer Kombination zwischen Bildungsabschluss und dem erworbenen Ausbildungsabschluss. Die folgende Tabelle 1 gibt eine Übersicht des Kombinationsverfahrens (Jöckel et al., 1998, S. 15).

Tabelle 1 Bildungsabschluss in Kombination mit Ausbildungsabschluss

| | Bildungsabschluss: | | | | | |
|-----------------------|--------------------|--------------|------------|----------------|----------------|-------------------|
| | Ohne Abschluss | 8./9. Klasse | 10. Klasse | Bedingt Abitur | 12./13. Klasse | Anderer Abschluss |
| Ausbildung: | | | | | | |
| Kein Abschluss | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 1 |
| Beruflich-betrieblich | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 3 |
| Beruflich-schulisch | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 3 |
| Fachschule | - | 4 | 5 | 6 | 6 | 4 |
| Fachhochschule | - | - | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Universität | - | - | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Anderer Abschluss | - | 3 | 4 | 5 | 7 | 3 |

Die Autoren weisen explizit darauf hin, dass die Rubrik „anderer Abschluss“ Personen zugeordnet wird, die ihre Abschlüsse nicht nach dem deutschen Bildungssystem erlangt haben, z. B. Arbeitsmigranten, Aussiedler bzw. allgemein Ausländer sind. Fraglich bleibt hier, wie mit dieser Anleitung umgegangen wird, wenn neue Zuwanderungsregelungen erforderlich sind (EU-Richtlinien zur freien Arbeitsortwahl) oder eine Bewertung weiterer Sonderregelungen (Bsp. Green-Card) erforderlich wird. Der den Tabellenzeilen entsprechend formulierbare Index besitzt ordinales Skalenniveau entsprechend dem Erwerb von Zertifikaten, „die für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit qualifizieren auf einer Skala von 1 bis 8“ (Jöckel et al., 1998, S. 15). Felder, die mit „-“ gekennzeichnet sind, kommen in der Regel nicht vor.

Berufliche Stellung

Nach Wolf handelt es sich beim **Beruflichen Status** um eine schillernde und mehrdimensionale Begrifflichkeit, die verschiedenste Möglichkeiten der Operationalisierung anbietet (Wolf, 1998). Wird Beruf dabei als Statusmerkmal erhoben, so ergeben sich nach Wolf zwei Perspektiven: die berufliche Tätigkeit und die Stellung im Beruf. Nach der Klassifizierung der Berufe des Statistischen Bundesamtes wird unter der beruflichen Tätigkeit „die auf Erwerb gerichteten, charakteristischen Kenntnisse und Fertig-

keiten sowie Erfahrungen erfordernden und in einer typischen Kombination zusammenfließenden Arbeitsverrichtungen verstanden, durch die der Einzelne an der Leistung der Gesamtheit im Rahmen der Volkswirtschaft mitschafft“ (Statistisches Bundesamt, 1975, S.11 nach Wolf, 1998, S. 76). Auf dieser Auffassung beruht weiterhin die sogenannte Klassifikation der Berufe (KldB). Dabei weist Wolf darauf hin, dass die Klassifikation der Berufe lediglich als Abgrenzungsmerkmal für die einzelnen Berufe die ausgeübte Tätigkeit verwendet. Somit wird in der KldB weder der Umfang der Erwerbstätigkeit noch die Fertigkeiten und die Erfahrungen noch die Qualifikation und die Schwierigkeit der Arbeit berücksichtigt (Wolf, 1998, S. 76). Demnach wird mit der KldB nicht die Gleichwertigkeit, sondern lediglich die Gleichartigkeit der erhobenen Berufe gemessen. Gleiches gilt auch für die weiter oben bereits beschriebene ISCO von 1968 und ihre Novellierung von 1988 (International Labour Office, 1990). KldB und ISCO sind hierarchisch organisiert, wobei die deutsche Version „fünf sukzessiv feiner werdende Stufen, die internationale vier“ (Wolf, 1998, S. 76) unterscheidet. Nach Wolf wird in der empirischen Sozialforschung für beide Klassifikationssysteme in der Regel eine dreistellige Codierung verwendet, die in der Regel zu befriedigenden Ergebnissen führt und den Verkodungsaufwand in Grenzen hält. Die genaue Abfrage findet sich bei Wolf, der zudem eine Abschätzung der Erhebungs- und Verkodungszeit vornimmt (Wolf, 1998, S. 76f.).

Eine eher sozialversicherungsrechtliche Grundlage hat die Erhebung der **Stellung im Beruf**. Diese unterscheidet sich in seinen Grobkategorien in Arbeiter, Angestellte, Beamte, Selbständige und mithelfende Familienangehörige. Nachdem diese Differenzierung für weitergehende soziologische Analysen jedoch zu grob ist, wurde im Zusammenhang mit der Mikro-Zensus Untersuchung aus dem Jahre 1971 eine Weiterdifferenzierung der Stellung im Beruf vorgenommen. Diese richtet sich auf eine Ausdifferenzierung als Klassifikation der Selbständigen (Anzahl der Mitarbeiter), der Beamten (Art der Laufbahn), der Angestellten (Autonomiegrad der Tätigkeit) sowie der Arbeiter (Grad der beruflichen Bildung).

Nach diesen vorgeschlagenen Klassifikationsverfahren kann die Höhe des beruflichen Status bestimmt werden (vgl. hierzu ausführlich Hoffmeyer-Zlotnik, 1998, S. 59ff.).

Schwieriger hingegen erscheint die Klassifikation von nicht (mehr) erwerbstätigen Personen. Wolf schlägt dabei folgende mögliche Vorgehensweisen vor (Wolf, 1998, S. 78):

Konzept des Einordnungsberufes (Zuordnung nicht-erwerbstätiger Personen zu einem Beruf bzw. einer Berufsgruppe) mit mehreren denkbaren Varianten:

- nicht erwerbstätige verheiratete Frauen in die Berufsgruppe des Mannes
- nicht erwerbstätige unverheiratete Frauen in die Berufsgruppe des Vaters

Diese eher für eine männerzentrierte Berufswelt zugeschnittenen Zuordnungen werden mehr und mehr beispielsweise durch den früher ausgeübten Beruf ersetzt (Babitsch, 1998, 2000).

Um zu einer auf der beruflichen Stellung basierenden empirischen Operationalisierung zu gelangen, unterscheidet Wolf zwei mögliche Strategien:

Auf der einen Seite besteht die Möglichkeit, den sozialen Status einer Person mittels einer Rangreihung festzulegen. Diese auf Treiman zurückgehende Möglichkeit der Identifikation einer **Prestigeskala** wurde erstmals so ermittelt, dass in 55 Ländern – von der spätindustriellen bis zur agrarischen Gesellschaft – Personen gebeten wurden, eine Menge von 509 Berufsbezeichnungen nach ihrem Ansehen zu rangreihen (Treiman, 1977). Für eine mögliche Vorgehensweise sei hier nur der Vollständigkeit halber die von Mayer entwickelte und von Wolf als neue Berufsprestigeskala bezeichnete Skala erwähnt (Mayer, 1977; Wolf, 1998).

Auf der anderen Seite besteht die Strategie darin, eine Ordnung so zu erzeugen, die zum einen das in den Beruf investierte Humankapital und zum anderen das dann mit dem Beruf erzielte ökonomische Kapital zu verbinden. Hieraus resultiert eine **Skala des sozioökonomischen Status der Berufe** (SES-Skala) (Wolf, 1998, S. 78). Als Beispiel findet sich bei Wolf ein neueres SES-Instrument, das von Ganzeboom et al. entwickelt wurde (standard International Socio-Economic Index of occupational status - ISEI) (Ganzeboom & Treiman, 1996). Dabei erfolgt die Ermittlung des Index in einem iterativen ‚optimal scaling‘ Verfahren auf Basis der ISCO Klassifikation.

Einkommen

Eine Übersicht zur Bestimmung des Zusammenhanges zwischen Einkommen, Verbrauch und Vermögensbildung findet sich im Datenreport für das Jahr 1999 (Statistisches Bundesamt et al., 2000, S. 110ff.).

Tabelle 2 Entwicklung der Einkommensbestimmung

| | | |
|---|---|---|
| | Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit | A |
| + | Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen | B |
| + | Einnahmen aus Einkommensübertragungen (öffentliche Renten, Kindergeld u. a.) und Untervermietung | C |
| = | Haushaltsbruttoeinkommen | D |
| - | Einkommen- und Vermögensteuer | E |
| - | Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung | F |
| = | Haushaltsnettoeinkommen | G |
| + | Sonstige Einnahmen (z. B. Einnahmen aus dem Verkauf gebrauchter Waren) | H |
| = | Ausgabefähige Einkommen bzw. Einnahmen | I |
| - | Ausgaben für den privaten Verbrauch | J |
| - | Übrige Ausgaben (z. B. Kraftfahrzeugsteuern, freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung) | K |
| = | Ersparnis | L |

In der Regel steht bei der Erhebung das unter Buchstabe G (schattierte Zeile) - die rechte Spalte in Tabelle 2 - ermittelte Haushaltsnettoeinkommen im Mittelpunkt der Einkommenserhebung (nach Krause & Habich, 2000). Da die in dieser Zusammenstellung vorgenommenen Einschränkungen und Erweiterungen bereits per se nicht trivial erscheinen, wird deutlich, wie schwierig sich die Vorlage in standardisierten Untersuchungen gestalten kann.

Von weiterer Bedeutung ist dabei, Haushalte unterschiedlicher Größe und die Haushaltszusammensetzung vergleichbar zu machen. Um dies zu erreichen, werden in der amtlichen Statistik sogenannte bedarfsgewichtete Äquivalenzeinkommen berechnet. Um diese im internationalen Vergleich anzupassen, werden hier in der Regel die von der OECD vorgeschlagenen Bedarfsgewichte verwendet. Demnach „wird jeder ersten Person im Haushalt ein Bedarfsgewicht von 1.0, jedem weiteren Jugendlichen und Erwachsenen ein Gewicht von 0.7 sowie jedem Kind bis zum Alter von 14 Jahren ein Bedarfsgewicht von 0.5 zugeordnet“ (Krause & Habich, 2000, S. 582). Ist die genaue Altersstruktur der Haushaltsmitglieder nicht bekannt, schlägt Wolf folgende Vorgehensweise zur Berechnung des Äquivalenzeinkommens vor:

Haushaltseinkommen/Anzahl der Haushaltsmitglieder**0,73

(Wolf, 1998, S. 79).

Dieses „Äquivalenzeinkommen entspricht dem durchschnittlichen gewichteten Haushalts-Nettoeinkommen, wobei die Gewichte die Einsparungen beim gemeinsamen Wirtschaften im Haushalt sowie altersabhängige Bedarfsunterschiede zum Ausdruck bringen“ (Jöckel et al., 1998, S. 16 nach Hauser, 1995). Zusätzlich findet sich hier eine kritische Diskussion um die Verwendung der Bedarfsgewichte. Konkurrierend stehen dabei die des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) und die der OECD gegenüber. Dabei wird vorgeschlagen, sich für nationale Untersuchungen der des BSHG und für internationale Studien denen der OECD zu bedienen.

Als vorläufiger Abschluss des Plädoyers für eine einheitliche Verwendung soziodemografischer Standards dient folgende Tabelle 3, die in ihren Verweisen auf die soziodemografischen Standards des Statistischen Bundesamtes Bezug nimmt (Jöckel et al., 1998, S. 18).

Theoretischer Hintergrund – Operationalisierung Soziale Ungleichheit

Tabelle 3 Übersicht der in den Demografischen Standards erfassten Merkmale und ihre Einsatzbewertung in epidemiologischen Untersuchungen

| | Frage ² | Bildung | Einkommen | Beruf |
|---|--------------------|---------|-----------|-------|
| Höchster Schulabschluss | 6 | XX | | |
| Berufliche Ausbildung | 7 | XX | | |
| Haushaltsnettoeinkommen | 13C 13D | | XX | |
| Anzahl der Personen im Haushalt | 12 | | XX | |
| Alter der Haushaltsmitglieder | (14)* | | X | |
| Familienstand | 4 | | | X |
| Partner (ja/nein) | 4A | | | X |
| Status der Erwerbstätigkeit | 8, 9, 10 | | | XX |
| Jetzige bzw. frühere Stellung im Beruf des Befragten | 11A 11B | | | XX |
| Jetzige bzw. frühere Stellung im Beruf des (Ehe-)Partners | * | | | XX |
| Frühere Stellung im Beruf des Vaters | * | | | X |
| Jetzige bzw. frühere berufliche Tätigkeit nach ISCO des Befragten | 11 | | | X |
| Jetzige bzw. frühere berufliche Tätigkeit nach ISCO des (Ehe-) Partners | * | | | X |
| Frühere berufliche Tätigkeit nach ISCO des Vaters | * | | | X |

Zu den mit XX gekennzeichneten Feldern erläutern die Autoren, dass diese Fragen unbedingt erforderlich sind und die mit X gekennzeichneten Fragen als wünschenswert gelten müssen. Die mit einem * gekennzeichneten Fragen gehören nicht zum Repertoire der Demografischen Standards, können und sollten jedoch je nach Fragestellung jederzeit mit aufgenommen werden.

² Die in der Spalte "Frage" angeführte Nummerierung entspricht der Reihenfolge der Soziodemographischen Standards.

Bevor nun dieses Kapitel mit einer Entscheidung für ein im empirischen Teil (vgl. Kapitel 3.3) der vorliegenden Arbeit einzusetzendes Statusmaß abgeschlossen wird, soll die internationale Situation in der Sozialepidemiologie nicht unbeachtet bleiben. Neben einer angepassten Übersicht (Lynch & Kaplan, 2000) wird eine Ergänzung mit in der deutschen Sozialforschung vorgeschlagenen zusammengefassten Statusmaßen vorgenommen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 Übersicht internationaler und nationaler Sozial-Status-Maße auf Einzelitem- und Indizezebene ³

| Berufliche Stellung | |
|---|---|
| Edwards-U.S. Census Classification (Haug, 1977; U.S. Census Bureau, 1963) | Berufskategorien die die Grundlage für die Statistische Klassifikation der USA bilden. Das Basiskonzept basiert auf der Trennung zwischen manuellen und nicht-manuellen Berufen. Dieser Skalentyp existiert für viele Länder. |
| Registrar General's Classification-UK (Szreter, 1997) | Kategorisierung in 5 Berufsklassen |
| Occupational Grade (Rose & Marmot, 1981) | Kategorisierung in Berufstypen auf Basis Berufshierarchie innerhalb einer ausgewählten Gruppe von Erwerbstätigen. Findet Anwendung in den Whitehall Studien. |
| Nam-Powers OSS (Nam & Powers, 1983) | Kontinuum von Berufen, das auf mittlerer Bildung und Einkommen der Bevölkerung ausgewählter amerikanischer Berufe basiert (Novellierung des Zensus von 1980) |
| Nam-Powers SES (Nam & Terrie, 1983) | Kontinuierliche Skala, die zusätzlich zur OSS Bildung und Familieneinkommen mit einbezieht (Novellierung des Zensus von 1980) |
| Duncan Socioeconomic Index – SEI (OD Duncan, 1961) | Kontinuierliche Skala, die auf 45 Berufsprestigeinschätzungen aus amerikanischen Meinungsumfragen resultiert. Dabei werden Einkommens- und Bildungsgewichte für alle Berufe angewendet. (Novellierung mittels Zensus von 1980) |
| Hollingshead (Hollingshead & Redlich, 1958) | Ähnlich dem SEI von Duncan (s. o.) eine kontinuierliche Skala, die auf Berufsprestigeinschätzungen basiert. Sie besteht aus den Merkmalen berufliche Stellung und Ausbildung, die im Verhältnis 7 : 4 gewichtet werden. Erfassung beider Merkmale auf einer Rangordnungsskala mit jeweils 7 Ausprägungen. Zusätzliche Transformation in „Soziale Klassen“ möglich (Novellierung mittels Zensus von 1970). |
| Siegel (Siegel, 1971) | Kontinuierliche Skala, die auf Berufsprestigeinschätzungen aus amerikanischen Meinungsumfragen resultiert. (Keine Novellierung seit dem Zensus von 1960). Kategorisierung ausschließlich von Männern. |

³ Die hier vorgeschlagene Klassifikation orientiert sich an der von Lynch vorgelegten Übersicht (Lynch & Kaplan, 2000). Sicherlich erhebt sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit, möchte aber durch die Erweiterung mit im deutschen Sprachraum verwendeter Instrumente einen Beitrag zur Methodenentwicklung geben.

Theoretischer Hintergrund – Operationalisierung Soziale Ungleichheit

| | |
|---|--|
| Warner-Index of Status Characteristics (Miller, 1983) | Kontinuierliche Skala, die auf der Zusammensetzung von Informationen über Beruf, Herkunft des Einkommens, Haushaltstyp und Wohnort basiert. Die Daten für die Grundlage stammen jedoch bereits aus den 1940ern. |
| Erikson Goldthorpe-EGP (Erikson & Goldthorpe, 1992; Kunst, Groenhof, Mackenbach & Health, 1998) | Gruppierung von Berufsgruppen in 7 Kategorien. Nach wie vor besteht die Intention des internationalen Einsatzes. Eine praktische empirische Umsetzung findet sich bei Otte (vgl. Otte, 1996) – basiert auf der Codierung des ISCO. |
| Handl-Skala (Handl, Mayer & Müller, 1977) | Jeder erwerbstätigen Person wird aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit, der beruflichen Stellung und des Wirtschaftszweiges ein Status-Score einer als Intervallskala operationalisierten Hierarchie des sozio-ökonomischen Status zugewiesen (Noll & Habich, 1990, S. 161). |
| Treiman (Treiman, 1977) | Berufsprestigeskala (s. o.) |
| Wright's Soziales Klassenschema (Muntaner, Eaton, Diala, Kessler & Sorlie, 1998; Wohlfarth, 1997; Wright, 1985a, 1985b, 1994) | Kategorien, die auf der Berufshierarchie von Managern, Führungskräfte, Arbeitern mit/ohne Autonomie über Entscheidungen basieren (ausführlich Wright, 1985b, S. 248f.). |
| Arbeitslosigkeit (Bartley, 1994) | Kategorisierung die auf dem Ausschluss von Erwerbstätigkeit basiert |
| Einkommen | |
| Selbstberichtetes Einkommen (Backlund, Sorlie & Johnson, 1996) | Kontinuierlicher bzw. kategorialer Selbstbericht über das persönliche, Familien- bzw. Haushaltseinkommen. Neben der weiter oben bereits geführten Debatte zur Einkommenserfassung wird hier noch auf die Möglichkeit verwiesen, über die Sozialversicherung Einkommensauskünfte zu erhalten. Illusorisch für die Bundesrepublik. |
| Einkommen in Relation zum Grad der Armut | Kategorisierung des Einkommens als Anteil des amtlichen untersten Einkommensgrades für ein bestimmtes Jahr. ⁴ |

⁴ In Deutschland und auch von EUROSTAT wird ein sogenanntes relatives Armutskonzept favorisiert: „Als arm gilt demnach, wer in einem Haushalt lebt, dessen Äquivalenzeinkommen nicht mehr als 50% des arithmetischen Mittels der Einkommen in der gesamten Bevölkerung beträgt“ (Krause & Habich, 2000, S. 588).

Theoretischer Hintergrund – Operationalisierung Soziale Ungleichheit

| Bildung | |
|--|--|
| Selbstberichtete Bildung (Elo & Preston, 1996; Feldmann, Makuc, Kleinman & Cornoni-Huntley, 1989) | Kontinuierliche Skala über beispielsweise die Gesamtzahl an Schuljahren oder als kategoriale Variable die Angabe über konkrete Abschlüsse |
| Vermögen | |
| Absolute Vermögenswerte (Muntaner et al., 1998; Smith & Kingston, 1997) | Kontinuierliche Messung der Werte von Eigenheim, Autos, Investitionen, Erbschaften, Pensionsansprüche, liquide vs. nicht-liquide Vermögenswerte |
| Populationspezifische Skalen (Dye & Lee, 1994) | Populationspezifische Skalen wurde für Kontexte entwickelt, in den Basismessungen des sozioökonomischen Status nicht anwendbar erscheinen (bspw. in Entwicklungsländern) |
| Regionalspezifische Messungen | |
| Berufs- und Erwerbssektoren (Armstrong & Castorina, 1998; Wing, Barnett, Casper & Tyroler, 1992) | Informationen über Relationen von Arbeitern zu Angestellten, Erwerbstätige zu Arbeitslosen, Sektoralisierung der Gesellschaft |
| Bildungsstruktur (Morris, Blane & White, 1996) | Informationen über Hochschulabschlüsse etc. |
| Ökonomische Strukturen (Jargowsky, 1996; Kaplan, 1996; JW Lynch et al., 1998) | Informationen hinsichtlich Durchschnittseinkommen/Einkommensverteilung, „ökonomische Segregation“, Anteil Armut, Eigentumsverteilung, Anteil Alleinerziehender etc. |
| Ökonomische Abhängigkeit (Boswell & Dixon, 1993) | Anteil unselbständiger Lohnempfänger in verschiedenen Erwerbssektoren |
| Wohnumstände (Koopman et al., 1991; Polednak, 1997) | Informationen hinsichtlich des Gebäudealters, qm Wohnfläche pro Person, Küche, Telefon, Badausstattung etc. |
| Versorgungsbasis (Troutt, 1993) | Informationen über die unmittelbare Wohnumwelt, Versorgungseinrichtungen und Grünanlagen in der Nähe |
| Armutgebiete-USA (Haan, Kaplan & Camacho, 1987) | Mehr als 20% der Haushalte unterhalb der Armutsgrenzen |
| Materielle Notlage/Bedürfnisse (Mayer & Jencks, 1989) | Informationen über unzureichende Nahrung, Wohnung und medizinische Versorgung |
| Deprivationsgebiete-UK (Carstairs, 1995; Eames, Ben-Shlomo & Marmot, 1993; Townsend, Phillimore & Beattie, 1988) | Informationen über Arbeitslosigkeit, Eigentumsverhältnisse, Überbevölkerung (Crowding) |

| In der Bundesrepublik diskutierte und eingesetzte Maße zur Operationalisierung sozialer Ungleichheit | |
|---|---|
| Ganzeboom, Sozioökonomischer Status (Ganzeboom, De Graaf, Treiman & De Leeuw, 1992) | Die berufliche Tätigkeit wird mit Informationen über das Einkommen und die Bildung kombiniert. Hintergrund der Skala: Jede berufliche Tätigkeit erfordert einen bestimmten Bildungsgrad und wird durch ein bestimmtes Lohnniveau entlohnt (Hoffmeyer-Zlotnik, 1998); Basis bildet der ISCO. |
| Stellung im Beruf (Hoffmeyer-Zlotnik, 1998, S. 59) | Liste der Klassifikationen der beruflichen Stellung nach der Mikrozensus-Zusatzbefragung – basiert auf zusätzlicher Unterteilung der Kategorien: Selbständiger, Beamter, Angestellter, Arbeiter |
| Skala „Autonomie des Handelns“ (Hoffmeyer-Zlotnik, 1998, S. 60f.) | In Anlehnung an Klassifikation der beruflichen Stellung Zuordnung von Autonomie-Werten (1-niedrig bis 5-hoch) |
| Neue Berufsprestigeskala (BPN) (Wolf, 1998, S. 79f.) | Kombination beruflichen Prestiges mittels Angaben, die sich aus Angaben von Partnerbeziehungen ergeben |
| Scheuch-Winkler-Index (SWI) (Hoffmeister, Hüttner, Stolzenberg, Lopez & Winkler, 1992, S. 26) | Einfacher ungewichteter additiver Index aus Bildung/beruflicher Stellung/Einkommen |
| Maße zur Konzeption sozialer Milieus | |
| Modell von Lebenswelten des sinus-Institutes (Nowak & Becker, 1985) | Unterscheidung von 9 Milieus in den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland. 49 Likert-skalierte Items (trifft überhaupt nicht zu – trifft ganz genau zu) |
| Kultursoziologisches Modell sozialer Milieus (Schulze, 1990, 1991) | Unterscheidung von 5 sozialen Milieus in den alten Bundesländern. 45 (Langfassung), 30 (mittlere Fassung) bzw. 15 (Kurzfassung) likert-skalierte Items (Interessiert mich...sehr – gar nicht; Gefällt mir...sehr – gar nicht, unbekannt; Interessiert mich...sehr – gar nicht) |

Wie bereits weiter oben erläutert, besteht nicht nur bei der Auswahl geeigneter Instrumente bei der Studienplanung die Gratwanderung zwischen Studienökonomie – welcher Befragungsumfang ist beispielsweise bei postalischen Befragungen den Befragten noch zumutbar, ab wann ist der Rücklauf durch hohen Belästigungsgrad wirklich gefährdet – und der theoretischen Fragestellung. Bereits vielfach bedauert wurde die in medizinsoziologischen und -psychologischen Fragestellungen nur beiläufig be-

achtete Fragestellung der sozialen Ungleichheit. Dies manifestiert sich in echten „Unterlassungssünden“ bei der Erhebung soziodemografischer Merkmale. Somit mussten in diesem Untersuchungszusammenhang von vornherein eine ganze Reihe möglicher Statusmerkmale ausgeschlossen werden. So ist es bei der sich anschließenden empirischen Auswertung wiederum zu einer (notwendigen) forschungsökonomischen Entscheidung gekommen, die als Ergebnis die Entscheidung für ein auch aus methodisch-praktischen Erwägungen adäquates Maß hat. Der sogenannte Scheuch-Winkler-Index basiert auf der Addition von Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen (s. unten). So bietet sich bei einem Vergleich mehrerer Datensätze auch immer ein Zurückgreifen auf nur ein oder zwei Merkmale dieser Kombination an – mit dem daraus folgenden Verlust der Information der nicht mit aufgenommenen Variablen. Zusätzlich existieren bereits eine ganze Reihe vergleichbarer Daten aus Untersuchungen und es besteht ein vordefinierter Umgang mit missing values (Bürger & Morfeld, 1999; Winkler & Stolzenberg, 1999).

Der Schicht Index nach Scheuch/Winkler

Grundlage für den hier verwendeten Index nach Scheuch ist die Annahme, dass die Gesellschaft nach vertikalen Gesichtspunkten gliederbar erscheint (Scheuch, 1970). Wesentliche Bestandteile dabei sind das Sozialprestige und die danach existierende Möglichkeit der Einordnung in soziale Positionen. Nach Winkler hat diese Positionierung einen entscheidenden Einfluss auf das Wissen, die Einstellung und das Verhalten von Personen. Daraus resultiert, dass unterschiedliche kognitive Kompetenzen, sozialisierende Effekte und ökonomische Möglichkeiten zu Disparitäten führen und spezifische Verhaltensweisen bewirken, die auf unterschiedliche soziale Schichten vertikaler Anordnung beruhen.

Die Position in diesem gesellschaftlichen Raum kann somit als erklärende Möglichkeit für spezifische Verhaltens- und Reaktionstendenzen angesehen werden. Nach Scheuchs Untersuchungen zum Sozialprestige dienen für die Konstruktion eines Schichtindex drei zentrale Kategorien:

- Einkommen,
- Bildung,
- berufliche Stellung.

Diesen können drei Dimensionen der "wirtschaftlichen Lage", der "Berufszugehörigkeit" und des "kulturellen Niveaus" zugeordnet werden. Dabei erweisen sich die Variablen Einkommen, Bildung und berufliche Stellung als besonders tauglich zur Bildung

eines Indexes, der zudem validiert wurde. Seit einiger Zeit wurde durch Bourdieus Überlegungen zu den feinen Unterschieden eine Diskussion um die Erweiterung dieses vertikalen Ansatzes durch horizontale Überlegungen angeregt, um der gesellschaftlichen Vielfalt gerecht zu werden (Bourdieu, 1982). Betrachtet werden hier z. B. lebensstilrelevante Aspekte und Sprache. Es scheint sich aber in empirischen Analysen immer wieder zu bewahrheiten, dass diese Konzepte ohne eine Verwendung der klassischen „Drei“ nur schwerlich auskommen.

Für die in diesem Zusammenhang erhobenen Datensätze wurde das Schichtkonzept nach Scheuch/Winkler gewählt, da zum einen ausreichende Vergleichsmöglichkeiten zu bereits durchgeführten Analysen (beispielsweise für den Nationalen Gesundheits-survey) bestehen und zum anderen dieser die Möglichkeit einer angemessenen Operationalisierung durch die teilweise erhobenen soziodemografischen Angaben bietet. Nach Winkler handelt es sich bei dem "Index um einen ungewichteten, mehrdimensionalen additiven Index, wobei die drei eingehenden Variablen über die gleiche Kategorienganzahl in kontinuierlicher Zahlenfolge verfügen. Dadurch wird eine implizite Gewichtung der Einzelvariablen ausgeschlossen. Die Zahlen werden bei Index-Berechnung als metrisch interpretiert" (Winkler, 1998, S. 69). Wenn einer der zur Berechnung des Indexes notwendigen Werte fehlt, so wird dieser aus dem Mittelwert der noch verbliebenen zwei Variablen geschätzt, so dass sich das Problem der Missing Values begrenzen lässt.

Der Scheuch/Winkler-Index wird dabei wie folgt gebildet (Winkler, 1998):

Tabelle 5 Übersicht der Einzelkomponenten zur Bildung des Schichtindex nach Scheuch u. Winkler

| Punkt- wert | Bildung | Einkommen | Berufliche Stellung |
|----------------|--|---------------------|--|
| 1 | kein Schulabschluss / ohne Ausbildung | unter 1000 DM | ungelernte Arbeiter, sonstige |
| 2 | Volks-, Hauptschulabschluss / ohne Ausbildung | 1000 - 2000 DM | angelernte Arbeiter, gelernte und Facharbeiter, selbständige Landwirte |
| 3 | Realschule, Mittlere Reife o. Fach- schulreife / ohne Ausbildung | 2000 - 3000 DM | Beamte einfacher Dienst, Vor- arbeiter und Kolonnenführer, Meister u. Poliere, mithelfende Angehörige, Angestellte mit einfachen Tätigkeiten |
| 4 | Volks-, Hauptschulabschluss / mit Lehre oder kein Schulabschluss / mit Lehre oder Fachschule, Ingenieurschule | 3000 - 4000 DM | Beamte mittlerer Dienst, Indust- rie- und Werkmeister im Ange- stelltenverhältnis, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit |
| 5 | Volks-, Hauptschulabschluss / mit Fachschule, Ingenieurschule oder Realschule, Mittlere Reife o. Fach- schulreife / mit Lehre oder Fach- schule, Ingenieurschule | 4000 - 5000 DM | Selbständige mit max. 9 Ange- stellten |
| 6 | Abitur / ohne Ausbildung, oder mit Lehre oder mit Fachschule, Ingeni- eurschule | 5000 - 6000 DM | Beamter gehobener Dienst, Angestellte mit hochqualifizier- ter Tätigkeit oder Leitungsfunk- tion, freie Berufe und selbstän- dige Akademiker |
| 7 | Abitur oder andere Bildungsab- schlüsse / und Hochschulausbil- dung | 6000 DM und mehr | Beamte höherer Dienst, Ange- stellte mit Führungsaufgaben, Selbständige mit mindestens 10 Angestellten |

Insgesamt ergibt sich somit nach Addition aller drei Einzeldimensionen – Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung wird dabei der jeweils gültige Punktwert zugeordnet – und nach Schätzung eines fehlenden Wertes, wenn die verbliebenen zwei vorhanden sind, ein Index mit den Endpunkten 3 (niedriger sozialer Status) und 21 (höchster sozialer Status). Zudem besteht der Vorschlag, dieses Intervall nach der traditionellen Vorgehensweise in Ober-, Mittel- und Unterschicht zu untergliedern. Dies setzt aber grundsätzlich die theoretische Annahme einer nach diesen Gesichtspunkten gliederbaren Gesellschaft voraus.

Eine aktuelle Diskussion um den Scheuch/Winkler-Index und eine aktuelle Anwendung finden sich bei Knopf et al. und Winkler (Knopf, Ellert & Melchert, 1999; Winkler & Stolzenberg, 1999).

Abschließendes Zitat mag die diffizile Situation bei der Wahl der theoretischen Konzeption und des darauf zu wählenden Ungleichheitskonzeptes nochmals verdeutlichen:

„Ob das Schicht- bzw. Klassenkonzept oder das analytische Konstrukt der Sozillage zum Ausgangspunkt der Krankheitsforschung gemacht wird, ist keine prinzipielle, sondern eine forschungspragmatische Frage. Versteht sich die Sozialepidemiologie in der Tradition amerikanischer und europäischer Sozialkritik als Mittel, um auf die Existenz nach wie vor bestehender Ungleichheitsverhältnisse hinzuweisen(...), dann ist wohl das Schicht- respektive Klassenkonzept als Instrument unerlässlich. Betrachtet es jedoch die Krankheitsforschung als ihre Hauptaufgabe, möglichst viel über die gesellschaftlichen Konstruktionsbedingungen von Krankheit in Erfahrung zu bringen, kommt sie mittels des Sozillageansatzes eher zum Ziel“ (Schnabel, 1988, S. 239).

2.2 Psychosoziale Lebenskontexte

Beim Verlassen der Ebene sozialstruktureller Realität, um sich weiter möglichen Vermittlungsprozessen zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu widmen, beginnen die Probleme bereits an der Stelle, welche psychosozialen Elemente man der Meso-Ebene denn zuordnen soll. Weiterhin erhebt diese Sortierung dann auch noch den Anspruch einer theoretischen Nachvollziehbarkeit. An dieser Stelle hilft die Literatur nicht weiter – eher wird die Verwirrung hier fortgesetzt. Schnell klar wird jedoch, dass sich trotz oftmals sozialwissenschaftlicher Orientierung der entsprechenden Autoren (vgl. hierzu Adler, Marmot, McEwen & Stewart, 1999; Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000; Knesebeck, 1998) für die Zuordnung von Facetten eher sozialstruk-

turell verankerter Bereiche zur Mikro-Ebene entschieden wird. Dieser Umstand mutet von daher aus Sicht des Sozialwissenschaftlers mehr als ärgerlich an, da von einer sozialstrukturellen Nähe dieser Konzepte ausgegangen werden muss. Es waren die sozialstrukturell überformten Sozialisationsforscher wie Bertram, Bronfenbrenner und Steinkamp, die bereits in den 70er Jahren deutlich machen konnten, dass bei einem Wiedererstarken sozialstrukturell – also mitunter der Makro-Ebene zuzuordnender Konzepte – verankerter Bereiche eine Verschmelzung mit der Mikro-Ebene droht. Aus analytischer Perspektive muss davon ausgegangen werden, dass es sich, wie die angloamerikanische Literatur es so treffend unterteilt, um wirkliche „pathways“ handelt, die den Weg von sozialer Ungleichheit zu Gesundheit resp. Krankheit ebnen. Zu bedenken ist an dieser Stelle zudem ein Umstand aus forschungspragmatischer Sicht: Nur zu selten wissen wir etwas über die objektiven Umstände von Stressoren, wie beispielsweise die Beschaffenheit und die Anforderungen am Arbeitsplatz und in der Familie, über die echte Qualität und Quantität von Netzwerkbeschaffenheit oder die wirklichen Belastungen ökologischer Art im Lebensraum – noch gänzlich unerforscht stellt sich der Bereich der Freizeit dar. Gerade die Sozialepidemiologie basiert auf den Selbstangaben der Menschen, um die es hier geht. Daten aus der amtlichen Statistik und der Sozialindikatoren-Forschung stehen am Anfang, um hier mehr Aufschluss darüber zu geben. Die Daten der Gesundheitsberichterstattung stehen vor solch hohen Anforderungen externen Wissensbedarfs, dass hier nur langsam Aussagen hinsichtlich der objektiven Umstände erwartet werden dürfen.

Somit soll an dieser Stelle ein Plädoyer für eine Aufwertung der Meso-Ebene stattfinden. Bei einer Ausdünnung würde die Sozialepidemiologie recht schnell Gefahr laufen, die Ebene, auf der eigentlich die Interventionen stattfinden können, die nicht ausschließlich der Biomedizin zugeordnet werden und die in den letzten Dekaden sozialstaatlicher Entwicklung solchen Erfolg gezeitigt haben, zu verlieren bzw. sie mit der Ebene der Person zu vermengen. Warum diese Gefahr der Melange von Meso- und Mikro-Ebene besteht, zeigt ein weiterer Umstand. Unmöglich lassen sich Facetten der Meso-Ebene beschreiben, wenn nicht wenigstens eine abhängige gesundheits- bzw. krankheitsrelevante Variable der Mikro-Ebene zur Argumentation und Bedeutungsfüllung mit herangezogen wird. Somit scheint folgende analytische Vorgehensweise am stringentesten:

Ohne Rückbezug auf ihre sozialstrukturelle Verankerung werden die Konzepte – Steinkamp nennt sie psychosoziale Kontexte, in denen sich das alltägliche Leben der Menschen abspielt (Steinkamp, 1999) – erläutert, die für moderne Gesellschaften die evidenteste Produktionsrolle von Gesundheit und Krankheit spielen: Familie und Ar-

beit. Im Anschluss hieran wird erläutert, welche Möglichkeiten existieren, diese psychosozialen Lebenskontexte empirisch abbilden zu können. Diese betonen zum einen mögliche Ressourcen, aber auch Belastungen, die aus diesen Bereichen erwachsen können. Folgende Tabelle mag dies verdeutlichen:

Tabelle 6 Zuordnung von Lebenskontexten und darin produzierten salutogenetischen und pathogenetischen Strategien aus personaler Sicht

| | Familie | Arbeit und Beruf | Personale Aspekte |
|-----------------------|---|---|---|
| Gesundheitsförderlich | Primäre Sozialisation, Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung vorhanden | Sekundäre Sozialisation, Alltagsstrukturierung, Sinnggebung | Kontrollüberzeugungen, Gesundheitsverhalten |
| Krankheitsentstehung | Sekundäre Sozialisation, soziale Unterstützung nicht vorhanden | Beanspruchung, Belastung, Stress | Verhaltensstrategien u. Persönlichkeitseigenschaften als Mediatoren |
| Verlaufsmoderierend | Soziale Unterstützung | Soziale Unterstützung, Alltagsstrukturierung, Anerkennung | Coping, Krankheitsverhalten, subjektive Krankheitsbelastung |

Im Folgenden werden die Bereiche Familie und Arbeit erläutert und Bezug darauf genommen, welche Daten in der Sozialberichterstattung hierzu zu finden sind. Dieses Kapitel wird damit abgeschlossen, welche salutogenetischen bzw. pathogenetischen Ressourcen bzw. Belastungen in den einzelnen Settings vorhanden sind. Begonnen wird mit dem Setting Familie, was darunter zu verstehen ist, welche sozialstaatliche Bedeutung ihm zukommt und welche Bedeutung der Familie für Gesundheit und Krankheit zukommt – gleiches wird für den Bereich der Arbeit wiederholt.

Familie

Der Begriff der Familie ist im Laufe der soziologischen Auseinandersetzung damit vielfältig diskutiert und definiert worden. Folgerichtig stellt Nave-Herz fest, dass bis heute kein einheitlicher Begriff etabliert ist. Dabei werden Familie und Verwandtschaft häufig synonym verwendet und auch die kinderlose Gemeinschaft als Familie bezeichnet (Nave-Herz, 1998, S. 201). Siegrist hingegen entschließt sich in seiner Defi-

nition gleichsam zu einer Makroperspektive und beschreibt die Familie als eine vor allem rechtlich gesicherte Lebens- und Haushaltsgemeinschaft eines Ehepaares mit seinen eigenen Kindern. Dabei muss diese Entwicklung besonders für die letzten einhundert Jahre als außerordentlich rasant bezeichnet werden, wobei insbesondere ein Disput darüber herrscht, ob die Kleinfamilie noch existiert (Johannes Siegrist, 1995, S. 37f.), ob sie durch gänzlich andere Formen des Zusammenlebens abgelöst wurde oder ob der Übergang in eine Risikofamilie wahrscheinlich geworden ist (Schnabel, 2001). Der Entschluss, eine Mikro- und Makroperspektive hier übernehmen zu wollen, gelingt mittels von Nave-Herz vorgeschlagener Kriterien:

„Wenn man nach den Kriterien fragt, die das System „Familie“ überall von anderen sozialen Systemen unterscheiden, und man sowohl die Makro- als auch die Mikroebene berücksichtigen will, dann sind Familien – gleichgültig, welche spezifische historische und regionale Ausprägungsformen sie besitzen – gekennzeichnet: a) durch ihre biologische-soziale Doppelnatur (...), d. h. durch die Übernahme der Reproduktions- und Sozialisationsfunktion neben anderen gesellschaftlichen Funktionen, die kulturell variabel sind, b) durch die Generationsdifferenzierung (ein formal geschlossenes Ehesystem kann, muß aber nicht vorhanden sein) und c) durch ein spezifisches Kooperations- und Solidaritätsverhältnis zwischen ihren Mitgliedern“ (Nave-Herz, 1998, S. 201). Auch Netzler betont die Uneinheitlichkeit der Familiendefinition, hält sich jedoch wegweisend an die rechtliche Position in Deutschland. Demnach wird Familie „als das Zusammenleben von mindestens einem Elternteil mit einem leiblichen oder adoptierten Kind bezeichnet“ (Netzler, 2000, S. 297). In der amtlichen Statistik taucht hingegen der Begriff Familie als Personengemeinschaft auf, die innerhalb eines privaten Haushaltes durch Ehe oder Sorgerecht miteinander verbunden ist – somit auch Ehepaare ohne Kinder.

Mit dem Begriff Familie wird in der Soziologie der gesellschaftliche somit soziale Wandel eng verbunden. Wird mittels demografischer Entwicklung argumentiert, so dient die Auflösung der traditionellen Kernfamilie als eine Ursache für den Geburtenrückgang. Andere Autoren sehen hierin den Prozess der Individualisierung begründet und fordern den Beginn eines zu überarbeitenden Sozial- und Gesellschaftssystems ein (Beck, 1986).

In der sozialepidemiologischen Literatur galt die Familie lange Zeit als die wesentlichste gesundheitsrelevante Institution. Erst in den achtziger Jahren wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, der die familienüberlagernde Bedeutung für Gesundheit und Krankheit durch den Einfluss von Arbeit und Beruf ablöste. Eine mehr als erschöpfen-

de Übersichtsarbeit zum Thema Familie und Gesundheit findet sich bei Walz, der die Literatur bis etwa Mitte der achtziger Jahre bearbeitet hat (Waltz, 1983). Außer einer Reihe eher aus sozialisationstheoretischer Perspektive herrührender Arbeiten hat die arbeitsbezogene Forschung die Überhand gewonnen (Siegrist, 1996). Ausnahme bildet hier eine neue theoretische Grundlagenarbeit von Schnabel (Schnabel, 2001). Dieser bietet in seinem Buch ‚Familie und Gesundheit‘ Aspekte dahingehend, welche Ansatzpunkte das Familiensystem aus Blickwinkel der Gesundheitsförderung bietet. Sehr systematisch wird hier eine Übersicht gegeben, welche gesundheitsförderlichen aber auch -abträglichen Facetten bei der Einbeziehung der Familie als Instanz der Meso-Ebene zu berücksichtigen sind.

Vor allem aus sozialisationstheoretischer Perspektive räumt Schnabel der Familie die Ressourcen ein, die für die Entwicklung eines Individuums unter gesundheitlichem Blickwinkel zu beachten sind. Dabei sieht er in übernommener Abfolge folgende Schritte der Sozialisation der Familieninstanz: biologische Reproduktion, Intensivpflege und Aufzucht, Sozialisation und soziale Kontrolle, Qualifikation und Statuszuweisung, materielle, physische und psychische Regeneration (Schnabel, 2001, S. 36f.). Besonders hervorzuheben ist hier die tabellarische Überformung des Sozialisationsprozesses als Phasenmodell der Kompetenzentwicklung (Schnabel, 2001, S. 40f.). Der familiäre Lebenszyklus bekommt auch bei Schnabel den Stellenwert zugeschrieben, der den einzelnen Stadien für die gesundheitspezifische Sozialisation zukommt. Überblicksartig werden aktuelle Entwicklungen der Familie an sich beschrieben, die eine zum Teil gravierende Bedeutungsveränderung mit sich bringen werden. Dabei geht es einerseits um Prinzipien, die die Vormachtsstellung des Mannes betreffen. Diese waren geprägt durch die Vorstellung, dass der Mann als Haushaltsvorstand in erster Linie für den finanziellen Unterhalt zuständig ist. Hinzu kam die Überlieferung, dass der Mann in der Regel die höhere Position in der beruflichen Hierarchie und damit ein höheres Einkommen besitzt. Dieser Feststellung kommt zwar nach wie vor ein bedeutender Anteil im Geschlechterverhältnis zu – durch die Zunahme der weiblichen Erwerbstätigkeit und Qualifikation hat das patriarchalische Übergewicht jedoch eingebüsst. Gleichzeitig geht diese Entwicklung mit einem mehr als mangelhaft ausgeprägtem System der Abfederung doppelter Belastungen durch Berufstätigkeit, Elternschaft und Haushalt einher (Schnabel, 2001, S. 75). Auch Ulrich Beck hat diese Situation herausgearbeitet und schreibt hierzu Folgendes: „Dieses historisch entstandene Gemenge von neuem Bewusstsein und alten Lagen ist in doppeltem Sinne explosiv: Die jungen Frauen haben – in der Angleichung der Bildung und in der Bewusstwerdung ihrer Lage – Erwartungen auf mehr Gleichheit und Partnerschaft in Beruf und Familie aufgebaut, die auf *gegenläufige* Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und im Verhal-

ten der Männer treffen. Die Männer umgekehrt haben eine *Rhetorik der Gleichheit* eingeübt, ohne ihren Worten Taten folgen zu lassen“ (Beck, 1990, S. 24).

Auf die Einflüsse der Familie auf die Gesundheit der Mitglieder soll hier nach Schnabel gesondert hingewiesen werden:

Vermittlung grundlegender Dispositionen auf der genetischen, Ebene, auf der Ebene der sozialen Kompetenzen und der Identitätsbildung. Hier ist die Basis für emotionale Zuwendung, Körperpflege, gesunde Ernährung, wechselseitiges Vertrauen u. a. zu sehen.

Erlernen des Umgangs mit vorübergehenden und dauerhaften Erkrankungen, hier ist vor allem das Erlernen und die Weitergabe von Laienwissen und die Kommunikation über risikobewussten Umgang mit dem Körper zu nennen, aber auch die Kompetenz, rechtzeitig und eigenverantwortlich externe Hilfen in Anspruch zu nehmen.

In der Entwicklung, im Ausbau und im Vorhalten von sozialen Netzwerkbeziehungen ist eine besondere Ambivalenz supportiver Unterstützung zu sehen. Zum einen liegt hier ein möglicher Puffer zwischen extern herangetragenen Anforderungen und einer erfolgreichen Bewältigung, aber auch eine Ursache möglicher Überforderung der/des Unterstützung bietenden – hiervon sind vor allem Frauen betroffen (nach Schnabel, 2001, S. 76f.).

Diese Erkenntnisse können mit den grundsätzlich höheren Sterberaten nicht verheirateter Männer und Frauen wenigstens in Einklang gebracht werden, obwohl hierzu nach wie vor eine ganze Reihe von Unklarheiten auf ihre empirische Prüfung warten. Dies betrifft vor allem den Umstand, dass nach wie vor ein erhebliches Ungleichgewicht besteht zwischen der enormen Unterstützungsleistung, die Frauen gegenüber ihren Männern und Kindern sowie im Haushalt erbringen. Schnabel führt hier den wichtigen Umstand einer nicht zu unterschätzenden Anzahl behinderter und betreuungsbedürftiger Kinder an, deren Vergütung nach wie vor nebulös anmutet (Schnabel, 2001, S. 78).

Die Bedeutung der Familien für die Gesundheit der Mitglieder aber auch die Bedeutung der Familienmitglieder für das System Familie sollen abschließend zusammengefasst werden:

Auf Basis des fünften Familienberichtes der Bundesregierung berichtet Schnabel, dass zu den familiären Risikofaktoren in erster Linie ungünstige, durch Enge geprägte Wohnverhältnisse, belastende Arbeitsbedingungen, das Fehlen abrufbarer Unterstützungsleistungen, entwicklungsbedingte Persönlichkeitsdefizite, eine unerfüllte bzw. gestörte Partnerschaft, gestörte Eltern-Kind-Beziehung, fehlende Konfliktregelungskultur, sowie der plötzliche Tod von Familienmitgliedern gehören (Schnabel, 2001, S. 79).

In einem kurzen Überblick konnte gezeigt werden, welche besondere aber auch sehr allgemeine Bedeutung gesundheitsbeeinflussender Faktoren dem System Familie zukommen. Erwähnenswert bleibt an dieser Stelle, dass es zwar eine ganze Reihe von sehr ausdrucksstarken Arbeiten gibt, die die Bedeutung der Familie für Krankheit und Gesundheit belegen, die gegenwärtige gesellschaftspolitische Diskussion die Familie jedoch eher als unabhängige Variable für eine mehr und mehr aus dem Ruder laufende demografische Entwicklung begreift, die es auf diesem Gebiet zu stärken gilt. Forschungsbestrebungen, die vor allem Selbsthilfe und Laiensystem betreffen, stellen gegenwärtig keinen aktuellen Standpunkt in der Forschungslandschaft dar (von Ferber & Badura, 1983). Dies ist verwunderlich, da politische Forderungen nach einer gesamtgesellschaftlichen Lösung des Pflegenotstandes im geriatrischen Bereich und auch eine dichtere Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsleistungen nur dann Nachhaltigkeit zeigen können, wenn an dieser Stelle das System Familie mitgedacht wird.

Im folgenden Abschnitt wird der gegenwärtig am intensivsten diskutierte Bereich mit weitreichenden Einflüssen auf den Bereich Gesundheit und Krankheit, der Bereich der Arbeit, näher beleuchtet. Auch hier wird versucht zu erfassen, was eigentlich Arbeit bedeutet und welche Erscheinungsformen es gibt bzw. welche Bedeutung Arbeit im Leben moderner Gesellschaften hat. Wiederum abgeschlossen wird der Abschnitt mit einem Überblick darüber, welche gesundheitsförderlichen bzw. Risikofaktoren berufliche aber auch Arbeit im Alltag haben kann.

Arbeit und Beruf

Wie bereits unter Kapitel 2.1 dargestellt werden konnte, handelt es sich beim Komplex Arbeit um das wohl wichtigste Vergesellschaftungsmoment, welches bereits Gegenstand aller soziologischen Klassiker gewesen ist. Vor allem Marx, Durkheim und Weber haben Arbeit als die produktive Aneignung innerer und äußerer Natur angesehen (Morfeld, 1997). Dabei wurde von ihnen die Arbeit als wesentliches Bedingungsmerk-

mal für die Ausdifferenzierung sozialer Teilsysteme früh anerkannt und herausgearbeitet. Wesentlich hierbei war dabei die Anerkennung, dass die Form der Arbeitsteilung auch immer auf den Beginn und die Differenzierung von Herrschaftszusammenhängen hinweist. Historisch gesehen haben Menschen immer in irgendeiner Form gearbeitet, und Arbeit galt mithin immer nur dann als Arbeit, wenn sie auch körperlich ausgeführt wurde. Das ihr dabei zukommende Ansehen hatte in der Regel eine negative Färbung, so arbeiteten beispielsweise im antiken Griechenland niemals die freien Bürger, sondern Sklaven, Knechte und Kriegsgefangene. Bürger hingegen sahen Arbeit als entwürdigend und entehrend an (Arbeit als Bestrafung). Faktisch wurde diese Arbeitsauffassung auch für die christliche Tradition übernommen. Erst im ausgehenden Mittelalter ergab sich ein Paradigmenwechsel im Ansehen der Arbeit, der eng mit einer Ausdifferenzierung der Arbeitsformen zusammenhing, was sich in der Ausweitung des Arbeitsbegriff über die rein schwere körperliche Arbeit hinaus manifestierte. Dies bedeutete zudem, dass Arbeit nicht mehr nur als Strafe und Herabsetzung angesehen wurde, sondern zunehmend auch als gesellschaftliche moralische Verpflichtung. Kristallisationspunkt war hier die von Luther ausgeführte Gleichsetzung von Arbeit und Beruf, die jedoch noch in der mittelalterlichen Tradition der Bedarfsdeckungswirtschaft stand und zu diesem Zeitpunkt auch noch nicht überwunden werden konnte.

Erst für das 18. Jahrhundert kann eine gesellschaftliche Relevanz der Arbeit als kultur- und persönlichkeitsprägendes Merkmal festgestellt werden – in der Literatur findet sich hierfür vielfach das Beispiel der Abgrenzung zwischen Arbeit und Spiel, Arbeit wird somit immer noch als mühsame Angelegenheit, als Notwendigkeit betrachtet. Insgesamt wird Arbeit zu dieser Zeit aber bereits nicht mehr als Bestrafung und Herabsetzung angesehen, sondern zu einem positiven Bestimmungsmoment des Menschen. In diese Zeit fällt auch die Epoche der grundlegenden ökonomischen Theorien, in denen die berufliche Arbeit grundlegende Bedeutung erhält. Deutlich wird dies vor allem in der Abkehr von der Annahme, dass der Besitz von Boden als einziges herausragendes ökonomisches Bestimmungsmerkmal gesehen wird. Bei Weber findet dies seinen Niederschlag in der Definition von Erwerbsklassen gegenüber bisher vor allem bei Marx vorherrschenden Besitzklassen und somit einer Aufwertung der Funktion der Arbeit. In erster Linie war es jedoch der Sozialökonom Adam Smith, der die Auffassung durchsetzte, dass es ohne Arbeit keine Wertschöpfung geben könne. Wesentlich für die Durchsetzung der Erwerbsarbeitsgesellschaft war jedoch die Annahme, dass Arbeit nur dann als Arbeit galt wenn es sich ausschließlich um eine bezahlte Tätigkeit handelte.

Eine weitere Einschränkung der Erwerbsarbeit erfährt der Arbeitsbegriff an dem Punkt, an dem sich gesellschaftshistorisch die kapitalistischen Produktionsverhältnisse durchsetzten. In diesen gelten nicht mehr zwangsläufig alle bezahlten Tätigkeiten als Arbeit. Es ist damals wie heute die Lohnarbeit, die als Arbeit an sich gelten muss. Der Limes der Arbeitsbegriffe verläuft nun zwischen bezahlter, abhängiger und unbezahlter, unabhängiger Tätigkeit. Hierin verdeutlicht sich die Beschränkung von Arbeit als Erwerbsarbeit auf Lohnarbeit, indem nur noch die bezahlt-abhängigen Tätigkeiten als Arbeit begriffen werden. Mitunter steht auch noch zum jetzigen Zeitpunkt eine gesellschaftliche Bewertung nichtbezahlter-unabhängiger Arbeit aus (Bonß & Ludwig-Mayerhofer, 2000).

Fast scheint es so, als ob sich die gesellschaftliche Selbstdefinition von Arbeit als Möglichkeit zu Selbstverwirklichung und zur Produktion von Werten als eine Geschichte offenbart, die zum Teil unter Zwang und Gewalt verlief. So gibt es eine Reihe von Hinweisen darauf, dass es seit dem 18. Jahrhundert zu einer systematischen Diskriminierung von Nicht-Arbeit gekommen ist (staatliche Bettelverbote, Einführung von Zucht- und Arbeitshäusern). Gegenwärtig kommt der ökonomischen Lage und der Selbstreflektion von Fremdeinschätzung der beruflichen Stellung, mitunter dem Berufsprestige, die zentrale Rolle bei der Definition und Umschreibung gesellschaftlicher Ungleichheitsgefüge zu. Nicht nur die auf persönlicher Ebene anzusiedelnde Anerkennung berufs- und arbeitsvermittelnden Ansehens, sondern auch die unmittelbare Anknüpfung der Lohnarbeit an Sozialversicherungssysteme macht deutlich, welcher Bedeutung dem Bereich Arbeit für Gesundheit und Krankheit zukommt. Hier ist jedoch eine weitere Differenzierung notwendig. Aus einer Makroperspektive heraus zeigt sich, dass Arbeit als wesentlicher Vergesellschaftungsprozess Quelle des Fortschreibens sozialer Ungleichheit war und ist. Zusätzlich bedeutet Arbeit jedoch auch eine mittlerweile als notwendig angesehene Grundlage und Strukturierung täglichen Lebens, dessen Verlust in der Regel mit schweren Krisen einhergeht (Bammann & Helmert, 2000). Unumgänglich laufen diese Umstände auf eine Verschränkung mehrerer Ungleichheitsstrukturen hinaus: Untere soziale Lagen unterliegen einem höheren Risiko des Arbeitsplatzverlustes (tritt dieser ein, wird beispielsweise Arbeitslosigkeit der Eltern als ein bestimmender Sozialisationsfaktor der Kinder!) – dieses Risiko besteht besonders für Frauen, die wiederum einem noch höheren Risiko des Entwickelns gesundheitlicher Einschränkungen unterliegen.

Wie bereits weiter oben angerissen wurde, gelingt es unserer Vorstellung von sozial-epidemiologischer Forschung nur selten auch objektive Faktoren mit aufzunehmen – dies muss sowohl für das Setting Familie (Schnabel, 2001, S. 78) wie auch für das

Setting Arbeit gelten (Bürger, 1997, S. 51f.). Somit erscheinen die erfassten Faktoren mitunter sehr weich oder forschungssprachlich als subjektiv. Trotzdem sind die empirischen Resultate erdrückend und erzwingen ihre Relevanz für Argumentation und Forschung. So spricht Bürger davon, dass beispielsweise Arbeit, so wie sie gerade beschrieben wurde, allein aufgrund der Zeit, die sie bei den meisten Menschen unserer Gesellschaft im Leben einnimmt, eine, wenn nicht sogar die zentrale Rolle einnimmt. Uneingeschränkt muss dies entweder mit dem gleichen Stellenwert (bei nicht-berufstätigen Müttern beispielsweise mit bisher kaum zu erfassendem Arbeitsaufwand) oder als Appendix für die Familie gelten. In diesem Zusammenhang erwähnt er Ergebnisse, die darauf hinweisen, dass die Zufriedenheit mit der Arbeits- und Berufssituation der beste Prädiktor für die allgemeine Zufriedenheit ist (Bürger, 1997, S. 49).

Bevor jedoch mit der Identifikation der wesentlichen Mechanismen in den Settings Arbeit und Familie fortgefahren wird, noch ein Verweis, der mehr oder weniger quer zu den Traktionen zwischen Struktur des Sozialsystems und den darin stattfindenden psychosozialen Prozessen verläuft. Fast in einer Renaissance begriffen ist die Theorie einer gesellschaftlichen Integration und Moral. Unreflektiert befindet sich fast hinter allen Konzepten psychosozialer Prozesse ‚ein bisschen Durkheim‘ oder wie Berkman es formuliert: „Durkheim’s contribution to the study of the relationship between society and health is immeasurable. Perhaps most important is the contribution he has made to the understanding of how social integration and cohesion influence mortality“ (Berkman et al., 2000, S. 844). Es muss davon ausgegangen werden, dass soziale Unterstützung bzw. die Abwesenheit von Einsamkeit ein Stück weit so etwas abbildet wie Integration. Trotzdem handelt es sich bei sozialer Integration um ein soziales Phänomen, das schwierig mittels Indikatoren abzubilden ist. Arbeit und Familie sowie das gesellschaftliche aber auch personale Zusammenspiel zwischen beiden haben sicherlich ihren Stellenwert für soziale Integration und den daraus erwachsenen Ressourcen, aber auch Belastungen.

Nun konnten in den vorangegangenen Abschnitten mit Familie und Arbeit, die je nach Werte des Betrachters selbst als Setting bzw. als psychosoziales Konzept gelten kann, zwei Bereiche definiert sowie eine ganze Reihe Einflussfaktoren identifiziert werden, die in diesen Settings produziert werden. Diese müssen in Reihenfolge ihrer sozialwissenschaftlichen Relevanz wie folgt benannt werden: Soziale Integration/soziales Netzwerk und hiermit verbunden der Bereich der sozialen Unterstützung – Belastungen/Beanspruchungen und Stress sowie als dritten Bereich die Möglichkeit die im Bereich soziale Integration vorgehaltenen Ressourcen aufzunehmen und diese

auf Belastungen anzuwenden. Diese Möglichkeit der Anwendung bzw. der Bewältigung von externen Anforderungen beschreibt man als coping.

Im folgenden Abschnitt werden diese psychosozialen Kategorien aufgegriffen, definiert und beschrieben, welche Möglichkeiten ihrer empirischen Umsetzung existieren. Dieser Bereich orientiert sich sehr dicht an den Instrumenten, die auch in den beiden Untersuchungen angewendet wurden, die in Kapitel 3 Gegenstand der empirischen Analyse sind.

2.2.1 Salutogenetische und pathogenetische Aspekte zwischen Lebenskontext und Person

Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung, Einsamkeit

Die Bearbeitung eines Kapitels zu sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung hängt wiederum von der Warte des Betrachters ab. Während die mehr psychologisch orientierte Sichtweise hier den Startpunkt soziale Unterstützung präferiert, neigt die strukturfunktionalistisch orientierte Soziologie vermehrt dazu, sozialstrukturell überformte gesellschaftliche Bedingungen des sozialen Netzwerkes als Ressource sozialer Unterstützung anzunehmen. Die anglo-amerikanische Forschung war es, die die Bedeutung der theoretischen Grundlagen, die Durkheim bereits zu Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte, in eine Theorie sozialer Netzwerke lenkte und ausbaute. Hier sind es Barnes und Bott, die in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts ein Konzept sozialer Netzwerke entwickelten, um die Bindungen innerhalb von Verwandtschaften, Bewohnern und sozialen Klassen zu untersuchen. Dabei stand im Vordergrund, bestimmte Verhaltensweisen zu untersuchen, die die Auswahl von Arbeit, politische Aktivitäten aber auch zwischenmenschliche Beziehungsmuster betrafen. Nach Hall & Wellman werden mittels Netzwerkanalyse charakteristische Muster von Bindungen zwischen Akteuren in einem sozialen System – weniger die Verhaltensweisen der Akteure an sich – untersucht. Diese Untersuchungsergebnisse werden zur Erklärung, inwieweit die sozialen Strukturen das Verhalten der gesellschaftlichen Akteure bestimmt, herangezogen. Mithin untersucht man mit Netzwerkanalyse die Struktur und Zusammensetzung sowie den Inhalt bzw. spezifische Ressourcen, die innerhalb des Netzwerkes ausgetauscht werden (Hall & Wellman, 1985). Nach Berkman beinhaltet Netzwerkanalyse zum einen eine egozentrische Perspektive mit dem Individuum im Mittelpunkt, aber auch das Netzwerk an sich, beispielsweise auf der Ebene von Produktionsbedingungen oder aber Gemeinden. Dabei besteht die Nähe zu Durkheim's

strukturfunktionalistischer Annahme darin, dass die strukturelle Ausformung sozialer Institutionen die Verfügbarkeit und Wahrnehmung von Ressourcen bedingt, die für das Verhalten und auch personalen Eigenschaften des Individuums wesentlich sind. Dies harmoniert zudem mit der vielfach zu findenden Annahme, dass Netzwerke in erster Linie mittels sozialer Verbindungen in Einklang zu bringen sind, nicht so sehr mit räumlichen Affinitäten. Dies legt den Schluss nahe, dass soziale Netzwerke und die in ihnen existierenden Bindungen zum einen aufgefunden werden können und wenn, ob sie auf Basis von Nachbarschaft, Verwandtschaft, Freundschaft, institutioneller Bedingungen oder anderen Charakteristika existieren (Berkman et al., 2000, S. 845). Dabei sind in der Literatur folgende Kennzeichen sozialer Netzwerke identifiziert worden:

- **Ausmaß und Größe des Netzwerkes** (Anzahl der Mitglieder eines Netzwerkes)
- **Dichte** (Ausmaß, in dem die Netzwerkmitglieder miteinander Kontakt aufnehmen bzw. in Verbindung miteinander treten)
- **Abgrenzung** (der Grad, in dem soziale Netzwerke durch traditionelle Gruppenstrukturen wie Verwandtschaft, Arbeit und Nachbarschaft definiert werden)
- **Homogenität** (wie stark ähneln sich die Mitglieder eines sozialen Netzwerkes?)

Eher qualitativ orientierte Netzwerkaspekte:

- **Häufigkeit des Kontaktes** (Anzahl der face-to-face Kontakte bzw. Anzahl der Kontakte, die telefonisch bzw. schriftlich stattfinden)
- **Komplexität** (Anzahl verschiedener qualitativ unterschiedlicher Supportleistungen, die innerhalb eines Systems von Beziehungen stattfinden)
- **Dauer** (Zeitpanne, die ein Individuum das andere kennt)
- **Reziprozität** (das Ausmaß, in dem der Austausch im sozialen Netzwerk einseitig bzw. reflexiv ist)

(nach Berkman et al., 2000, S. 847f.).

Schwarzer und Leppin nehmen fast gegenläufig hierzu eine andere Perspektive ein und trennen zwischen strukturellen und funktionalen Aspekten der Beziehung und sozialer Interaktion. Die strukturellen Bereiche subsumieren, „wie viele und welche Arten von Beziehungen eine Person unterhält und wie diese Beziehungen untereinander gestaltet sind“ (Schwarzer & Leppin, 1990, S. 395). Hierunter verstehen sie soziale Integration. Auch hier steht die eher psychologische Warte im Vordergrund, bei der die Wechselwirkung zwischen überformender (Sozial-)Struktur und Person nur eine untergeordnete Rolle spielt. So ist es nur verständlich, dass Durkheim bei ihnen keine Erwähnung findet. Die funktionale Bedeutung sozialer Interaktion sehen sie in der Evidenz, die Beziehungen für eine Person haben und mit welchen Inhalten und Quali-

tät diese einhergeht. Dies bezeichnen beide als soziale Unterstützung. Eine weitere wichtige Unterscheidung, die Leppin und Schwarzer in einer Neuauflage ihrer Analyse zu sozialem Rückhalt aufgenommen haben und die für die empirische Operationalisierung keine unerhebliche Bedeutung besitzt, ist die zwischen wahrgenommener und erhaltener sozialer Unterstützung (Leppin & Schwarzer, 1997, S. 350).

- Wahrgenommene potentielle soziale Unterstützung – was hält das Individuum für verfügbar?
- Erhaltene soziale Unterstützung – was hat das Individuum tatsächlich an Unterstützung erhalten?

Beide Unterscheidungsaspekte müssen wiederum unter qualitativen und quantitativen Gesichtspunkten gesehen werden – wie viel hat die Person an sozialer Unterstützung erhalten und war sie damit zufrieden. Dabei wird die wahrgenommene soziale Unterstützung in der Regel über die Befragung des Subjektes vorgenommen, während die tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung von außen über Dritte erhoben wird. Nur am Rande soll hier erwähnt werden, dass wohl der Unterscheidung zwischen einer ökologischen und personalen Zuordnung sozialer Unterstützung ebenfalls eine Bedeutung zukommt. Während tatsächliche soziale Unterstützung sicherlich als Umweltvariable, die von außen an das Individuum herangetragen wird, gesehen werden muss, ist es bei der erhaltenen sozialen Unterstützung nicht ganz so eindeutig. Leppin unterscheidet darüber hinaus zwischen einer dispositionellen Warte, wenn die wahrgenommene soziale Unterstützung „ein stabiles, generalisiertes Gefühl der Akzeptanz durch Andere“ auf Ebene der Person zu verorten ist – im Vergleich zu sozialer Unterstützung als „behaviorale Interaktion zwischen Personen“ (Leppin & Schwarzer, 1997, S. 350). Zum Dispositionskonzept ist noch hinzuzufügen, dass dieses sehr eng mit Persönlichkeitsmerkmalen wie Selbstwertgefühl und Kontrollerleben verbunden sein kann. Aus empirischer Perspektive muss darauf hingewiesen werden, dass wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung nur sehr wenig zusammenhängen und Leppin darauf hinweist, ob es dann überhaupt adäquat ist von verwandten Konzepten zu sprechen (Leppin & Schwarzer, 1997, S. 351). Denkbare Gründe hierfür könnten sein, dass eine falsch eingeschätzte Menge sozialer Unterstützung dem Erinnerungsvermögen der Befragten anheim gefallen sein könnte, dass je nach Situation Erwartungen und tatsächliches Angebot sozialer Unterstützung auseinander klaffen. Hier geben Studien an krebserkrankten sowie an gesunden Patientinnen Hinweise dahingehend, dass die krebserkrankten Frauen von der erhaltenen sozialen Unterstützung vor allem durch ihre Ehemänner eher enttäuscht waren – gesunde Frauen erwarteten hingegen gerade von ihren Männern diese Unterstützung. Ähnliche Ergebnisse konnten auch von Schulz et al. gezeigt werden (Schulz et al., 1998). Weitere Gründe für

dieses Auseinanderklaffen sind auch auf Seiten des potentiellen Unterstützers zu sehen und seien hier nur kurz umrissen: eigene Bedrohung durch die Erkrankung oder Krise, Hilflosigkeit, mangelnde Unterstützungskompetenz u. a.

Methodologisch weist Leppin noch auf die positive Unterlegung des Begriffs Unterstützung hin und verknüpft dies mit der Forschungsperspektive. Theoretisch denkbar ist, dass bei einer Erhebungstrias sozialer Unterstützung – Betroffener, Spender und Dritter – auch drei unterschiedliche Ergebnisse denkbar sind. Leppin schlägt als Ausweg aus diesem Dickicht der Unterstützungsforschung vor, sich nicht so sehr auf die Einzelperspektive zu kaprizieren, sondern vermehrt Transaktionsprozesse multiperspektivisch im Längsschnitt zu betrachten (Leppin & Schwarzer, 1997, S. 352).

An dieser Stelle sei nur kurz auf die möglichen Wirkungsweisen sozialer Unterstützung hingewiesen. Im Mittelpunkt stehen nach wie vor zwei Modelle, auf die bereits Waltz zu einem frühen Zeitpunkt verwiesen hat (Waltz, 1983) und die bei Leppin & Schwarzer nochmals diskutiert werden. Das sogenannte Haupteffektmodell impliziert eine generelle Annahme, dass das Individuum gut in sozialen Netzen eingebettet ist, das Gefühl besitzt geliebt zu werden und mit der Hilfe anderer rechnen kann. Das Puffermodell geht hingegen davon aus, dass soziale Unterstützung erst dann aktiviert wird, wenn eine Bedarfssituation eintritt. Leppin & Schwarzer weisen darauf hin, dass gegenwärtig von einer Berechtigung beider Modelle auszugehen ist, was die empirischen Möglichkeiten und Strategien nicht unbedingt vereinfacht (Leppin & Schwarzer, 1997, S. 352). Auch Klusmann wies bereits auf die verschiedensten Wirkweisen und die Ambivalenz der adäquaten Messmethoden hin und schlägt verschiedene analytische Vorgehensweisen vor (Klusmann, 1989).

Auf konkrete Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Wirkungsweise sozialer Unterstützung wird in einem späteren Kapitel gesondert eingegangen (vgl. Kapitel 2.4.3). Im Folgenden soll es vielmehr darum gehen, welche Möglichkeiten es geben kann, soziale Unterstützung bzw. ihr Gegenkonzept der Einsamkeit zu messen.

Empirische Operationalisierung von Sozialer Unterstützung und Einsamkeit

Wie die vorangegangenen Ausführungen gezeigt haben, hat soziale Unterstützung vielfältige Ressourcen, diffizile Wirkweisen und geschieht auf unterschiedlichsten Ebenen – zudem besteht auch noch die Abbildungstria zwischen Empfänger, Geber und Beobachter. Diese schwierige Situation begreifen auch Berkman & Glass und schrieben hierzu: „At the outset, it should be made explicit that we do not believe there

is a single measure which is optimal or even appropriate for all purposes. The investigator must consider why he or she hypothesizes that social ties are important to the health outcome of interest and then select and potentially modify or tailor an instrument" (Berkman & Glass, 2000, S.156).

Im Folgenden wird die Operationalisierung getrennt dargestellt zwischen sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung. Abgeschlossen wird diese Typologisierung mit der Beschreibung des Einsamkeitskonzeptes und einem Vorschlag, wie dieses – auch im Zusammenhang mit einer später näher beleuchteten Untersuchung - empirisch umgesetzt werden kann.

Netzwerkanalyse

Nach Klusmann ist der Sinn der Netzwerkanalyse der, die Auswirkungen struktureller Umgebung auf das Verhalten von Netzwerkmitgliedern abzubilden. „Die Erklärung für soziales Verhalten wird nicht in der Wirksamkeit sozialer Normen gesucht, auch nicht in Persönlichkeitsmerkmalen, sondern in den strukturellen Eigenschaften der Verbindungen, die Menschen untereinander haben“ (Klusmann, 1989, S. 38)⁵. Zur Unterscheidung schlägt Klusmann folgende Analyseebenen vor:

- Umfang und Zusammensetzung des Netzwerkes

Dieser einfachste Index besteht aus der Anzahl der Personen, die zum entsprechenden Netzwerk gehören – die Schwierigkeit besteht darin, die Netzwerkdimensionen zu benennen, um nicht dem Grenzenlosen zu verfallen. Hier bietet es sich an, von vornherein bestimmte Kriterien zu benennen, die erfüllt sein müssen, um in das Netzwerk aufgenommen zu werden. Eine weitere Vorgehensweise kann darin bestehen, lediglich die wichtigsten Personen zu benennen. Dabei besteht die Beschreibung von persönlichen Netzwerken aus konventionellen Rollenkategorien wie Verwandte, Freunde, Arbeitskollegen, Nachbarn usw. Hier besteht die Möglichkeit bestimmte Indizes abzuleiten, wie beispielsweise der Anteil Verwandter am Gesamtnetzwerk oder aber der Anteil berufsmäßiger Helfer am Netzwerk (nach Klusmann, 1989, S. 39).

⁵ Dies verdeutlicht wiederum, dass die Analyse sozialer Netzwerke unterhalb der Dimension sozialer Integration im Sinne Durkheims liegt. Nach seinem Verständnis sozialer Integration gehört vor allem die Beachtung sozialer Normen und Werte als Voraussetzung für soziale Eingebundenheit dazu (vgl. Durkheim, 1973).

- Inhalte der Beziehungen zu Ego

Hier handelt es sich um eine sehr aufwendige Methode zur Identifikation von Netzwerkumfängen und -qualität, die aber in sich sehr verlockend erscheint. In einem ersten Schritt wird in einem mehrstufigen Datenerhebungsprozess mittels eines Satzes identifizierender Fragen („eliciting questions“) die Namen von funktional bedeutsamen Netzwerkmitgliedern erhoben. In einem anschließenden Schritt wird versucht, für diese genannten Namen eine oder mehrere bedeutsame Funktionen zuzuordnen. Klusmann benennt die Kombination mehrerer Funktionen in einer Beziehung mit Multiplexität, Multidimensionalität bzw. Multifunktionalität. Dabei ist es unerlässlich, die funktionalen Beziehungsinhalte unabhängig von den jeweiligen Rollen zu betrachten. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Taxonomie von McCallister & Fischer und die von ihnen entwickelten „eliciting questions“ (Klusmann, 1989, S. 40; McAllister & Fischer, 1983). Trotz des nicht zu unterschätzenden Erhebungsaufwandes wird dieses Verfahren in gegenwärtig laufenden sozialwissenschaftlichen Untersuchungen eingesetzt.

- Verknüpfungen zwischen Netzwerkpersonen

Eine hier nicht weiter vertiefte Möglichkeit zur Dichtebestimmung sozialer Netzwerke besteht darin, die tatsächlichen zu den überhaupt möglichen Beziehungen in Verbindung zu setzen (Klusmann, 1989, S. 42f.).

Die empirische Abbildung sozialer Unterstützung

Wie Bowling betont, handelt es sich bei sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung um zwei verschiedene Konzepte. Während die Netzwerkanalyse davon ausgeht, dass die Struktur und Beschaffenheit des Netzwerkes maßgeblichen Einfluss auf das Verhalten seiner Mitglieder hat, beschreibt soziale Unterstützung vielmehr die vielfältigen Transaktionen zwischen den Akteuren. Dabei liegt die BEDEUTUNG sozialer Netzwerke vor allem darin, inwieweit es ihnen gelingt die Bedürfnisse ihrer Mitglieder zu befriedigen - seine FUNKTION als das Set persönlicher Kontakte, durch die ein Individuum seine persönliche Identität fortentwickelt, soziale und materielle Unterstützung erhält, Hilfe, Informationen und neue soziale Kontakte bekommt. Soziale Unterstützung kann somit als der interaktive Prozess bezeichnet werden, in dem emotionale, instrumentelle oder aber finanzielle Hilfe von einem zum anderen innerhalb eines sozialen Netzwerkes weitergegeben wird (vgl. Bowling, 1997, S. 90f.).

Die sicherlich einfachste Form der Erfassung sozialer Unterstützung ist der Weg über die soziodemografischen Kategorien. Hier liegt das Datenmaterial in der Abbildung

des Zivilstandes vor, ob eine Person verheiratet oder ledig bzw. alleine oder aber mit mehreren Personen in einem Haushalt lebt, zu dem dann möglicherweise auch noch unterhaltsbedürftige Kinder gehören.

Diese Möglichkeit liegt für die in der vorliegenden Arbeit mit aufgenommene Untersuchung, die als „Studie A“ bezeichnet wurde, vor, indem dort der Familienstand und die Lebenssituation erhoben wurde (vgl. 3.2.1.1). Für die zweite mitaufgenommene Untersuchung ist sowohl nach dem Familienstand und der Anzahl im Haushalt lebender Personen gefragt worden (vgl. 3.4.1.1). Eine wesentlich elaboriertere Vorgehensweise liegt jedoch in der Verwendung standardisierter Skalen. Eine sehr umfassende tabellarische Übersicht, differenziert nach den Bereichen Soziale Beziehungen, Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung, geben Berkman & Glass (Berkman & Glass, 2000, S. 156), eine Bewertung von Gütekriterien von Skalen zu sozialer Unterstützung und Netzwerke findet sich bei Klusmann (Klusmann, 1989, S. 48ff.) und eine mehr methodisch orientierte Abfolge ausgewählter Skalen und deren Gütekriterien gibt es bei Bowling (Bowling, 1997, S. 90).

Skala Soziale Unterstützung

Im Rahmen der Studie B ist eine Skala zur Erfassung sozialer Unterstützung eingesetzt worden. Diese aus insgesamt vier Items bestehende Skala beschreibt inhaltlich Aktivitäten des täglichen Lebens, indem der Kontakt mit anderen Menschen über vorgekommene Telefonate, Besuche, gesellige Aktivitäten bzw. gemeinsame Unternehmungen abgefragt wird. Die Summenskala reicht von 1 (geringe soziale Unterstützung) bis 4 (ausgeprägte soziale Unterstützung).

Als andeutendes Maß sozialer Integration gab es zusätzlich in Studie B eine Frage, ob die Person ihre Freizeit in Gruppen bzw. in Vereinen verbringt. Ähnliches gilt für eine Frage, in der die Person angeben sollte, wie viele Personen – einschließlich ihrer Familie – sie kennt, auf deren Hilfe sie sich im Notfall verlassen kann. Die Antwortkategorie war viergestuft von „keine Person“ bis „mehr als drei Personen“.

Die empirische Abbildung von Einsamkeit bzw. Isolation

Unter Bezugnahme auf die Definition sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung kann Einsamkeit als Verlust oder das Fehlen von menschlichen Beziehungen definiert werden. Bei Bowling findet sich der Hinweis, dass bestehende Theorien zwischen situativer und personaler Einsamkeit unterscheiden. Als Beispiele werden hier der Tod eines Partners oder der Umzug in eine neue Stadt genannt. Dabei ist die Beziehung

zwischen der Größe und Qualität sozialer Netzwerke auf der einen Seite und Einsamkeit auf der anderen noch ungeklärt. Bowling bezeichnet das vorliegende empirische Datenmaterial zur Einsamkeitsforschung als lückenhaft (Bowling, 1997, S. 108f.). Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Einsamkeit und krankheitsspezifischer Belastung finden sich jedoch bei Schulz et al. (Schulz et al., 1998, S. 82f.).

Skala Einsamkeit (UCLA Loneliness Scale)

Eine weit verbreitete Skala zur Erfassung von Einsamkeit ist die sogenannte UCLA Loneliness Scale von Russel et al. (Russel, Peplau & Cutrona, 1980; Russel, Peplau & Ferguson, 1978). Dieses im Original aus zwanzig Items bestehende Selbstbeurteilungsverfahren – die Kurzfassung besteht aus vier Items - misst Einsamkeit als gegenläufiges Konzept zur sozialen Unterstützung (Bowling, 1997, S. 108f.). Im vorliegenden Zusammenhang wurde innerhalb der Studie B eine überarbeitete Fassung mit insgesamt elf Items eingesetzt.

Als erste Ebene der psychosozialen Lebenskontexte (Meso-Ebene) konnte erläutert werden, was unter sozialen Netzwerken, sozialer Unterstützung, auch unter Konzepten sozialer Integration, zu verstehen ist. Welche tatsächlich gefundenen empirischen Zusammenhänge es zwischen diesen Konzepten und Gesundheit resp. Krankheit gibt, wird in einem späteren Abschnitt (vgl. 2.4.3) dargestellt. Deutlich sollte jedoch hingegen geworden sein, dass es sich hier um eine traditionelle theoretisch weit ausformulierte Theorie handelt, die viele Facetten und Verbindungen zu verschiedensten Wissenschaftsdisziplinen besitzt. Die wesentlichsten Settings, die für diese Konzeptionen zu berücksichtigen sind, ist an erster Stelle sicherlich Durkheim's Theorie der sozialen Integration, unter der sich die auf einer mittleren Ebene befindlichen psychosozialen Konzepte soziale Netzwerke und soziale Unterstützung einordnen lassen. Welche Bedeutung dieser Konstellation zukommt, stellt das folgende Kapitel dar. Hier wird beschrieben, was unter Beanspruchung, Belastung und Stress zu verstehen ist.

Beanspruchung – Belastung – Stress

Wohl kaum ein Begriff wird alltagssprachlich so häufig in so vielen verschiedenen Situationen gebraucht wie STRESS. Dabei stammen erste Definitionsanstrengungen schon aus den ersten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts (Cannon, 1914). Aufbauend auf den ersten Analysen Cannons hat dann Hans Selye ein geläufiges Stressmodell entwickelt, das in erster Linie auf Tierversuchen aufbaute. Die darin gefundenen Ergebnisse – Vergrößerung der Nebennierenrinde, Schrumpfung der Thymusdrüse und Lymphknoten sowie Magengeschwüre – bei Ratten nach intensiven

Stressreizen haben in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts zu einem universellen Stressmodell geführt (Selye, 1950). Demnach folgen auf jeden intensiven Reiz drei Stadien:

- Alarmreaktion
- Stadium des Widerstandes und der Mobilisierung von Energiereserven
- Stadium der Erschöpfung

Diese Abfolge wird von Selye als das allgemeine Adaptations- oder Stresssyndrom bezeichnet. Dabei geht er davon aus, dass es sich hierbei um eine biologische, funktionale Anpassungsreaktion handelt. Diese Reaktion findet nur in der modernen Zivilisation wenig Anwendung, da der Lebensstil ein Abreagieren von durch Stress aufgebauter Erregung mittels körperlicher Bewegung erschwert. Hintergrund dieses Ablaufes ist das Ziel, wieder zu einem Gleichgewicht im Sinne der Homöostase zu gelangen.

Die Grundannahmen Cannons und Selyes sind bis heute unbestritten – umstritten ist hingegen die Annahme eines universell gültigen allgemeinen biologischen Reaktionsmodells. Eine Reaktion auf diese Kritik an der universellen Gültigkeit bestand darin, dass Selye die Differenzierung zwischen positiv empfundenem Stress (Eustress) und negativ empfundenen Stress (Distress) einführte (Bullinger, 1994b, S. 161), d. h. interindividuelle Unterschiede in der Stressreaktion vermutete. Es hat sich mittlerweile durchsetzen können, dass Stressreaktionen sich interindividuell unterscheiden und sogar *intraindividuell* variieren können (Greif, 1991, S. 8f.). Erstmals durch das Stressmodell von Lazarus wurden nicht allein die Reaktionen, sondern auch situationsbezogene Bewertungsprozesse (appraisal) durch die Person in den Vordergrund gestellt. In einer ersten Bewertung (primary appraisal) wird zunächst eine potentielle Stresssituation in ihrem Bedeutungscharakter für die Person (z. B. aversiv oder unangenehm) bewertet. Wird diese Situation als Stresssituation empfunden, so prüft das Individuum in einem zweiten Schritt, welche Bewältigungskompetenzen es zur Verfügung hat (secondary appraisal) (vgl. Greif, 1991). Die gewählte Stressreaktion beeinflusst sowohl die zukünftige primäre Bewertung (primary appraisal) der Stresssituation wie auch die Wahrnehmung der eigenen Bewältigungsressourcen. Aufgrund dieser wiederkehrenden Neubewertungsprozesse heißt dieses Modell transaktionales Modell. Demnach handelt es sich bei Stress um ein dynamisches Interaktions- bzw. Transaktionsgeschehen zwischen Anforderungen der Situation und dem handelnden Individuum (Bullinger, 1994b, S. 163). Zusammenfassend erhält dieser Ablauf folgende Komponenten:

- die subjektive Bewertung der (Stress-)Situation (primary appraisal)
- die Bewertung der eigenen Stressbewältigungskompetenzen (secondary appraisal)
- Bewältigungsreaktionen (coping strategies)
- Neubewertung der Stresssituation und der eigenen Copingkompetenzen (reappraisal)

Diese Taxonomie deutet auf die Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen reaktionsbezogenen und situationsbezogenen Stresskonzepten unter Einbezug der Transaktion hin. *Reaktionsbezogene* Stresskonzepte sind auf verschiedenen Ebenen messbar, z. B. „über ... somatische (neuronale, endokrine) und/oder psychologische (erlebnis- und verhaltenbezogene) Reaktionen“ (Bullinger, 1994b, S. 162). Somit gibt es dann Hinweise auf Stressreaktionen, wenn es zu Abweichungen (Unter- bzw. Überschreitung) von psychologischen und physiologischen Normalwerten kommt.

Situationsbezogene Stresskonzepte versuchen hingegen idealtypische Situationen oder Reize zu ermitteln, in denen es zu Stresserleben kommt (Stress als Reiz). Bei Bullinger findet sich eine Übersicht möglicher Stressoren, die in drei Kategorien zusammengefasst sind: physikalische Stimuli, sozialpsychologische Stressoren, Aufgabenstressoren (Bullinger, 1994b, S. 163.).

Greif wagt - in der Entwicklung eines kleinsten gemeinsamen Nenners von situativen Stresskonzepten - eine zusammenfassende, wenn auch vage gehaltene Definition, nach der komplexe Stressempfindungen als subjektive Zustände einzugrenzen sind, die sich aus der Befürchtung ergeben, „dass eine stark aversive, zeitlich nahe und subjektiv lang andauernde Situation sehr wahrscheinlich nicht vermieden werden kann“ (Greif, 1991, S. 12). Dabei werden diese auslösenden Faktoren Stressoren genannt, die mit großer Wahrscheinlichkeit zu Stressempfindungen führen können.

Nach dieser ersten Übersicht zu Stresskonzepten und -auslösern soll nun kurz auf mögliche „klassische“ Situationen und Ereignisse eingegangen werden, die typisch für Stressreaktionen sind. Vor allem in der Arbeitswelt wurde eine ganze Reihe von Faktoren herausgearbeitet, die zu Stresserleben führen. Zusammenfassend werden Überforderung, Unterforderung, Lärm und weiteren Umgebungseinflüssen aber auch Zeitdruck, Arbeitsverlauf oder Handlungsunterbrechungen diskutiert. Die Erfassung von Arbeitsstressoren umfasst ein weites Feld in erster Linie psychologischer Forschung und hat sich mit der Diskrepanz zwischen objektiven Arbeitsplatzbedingungen und den subjektiv ermittelten Daten der Individuen auseinander zu setzen. In Deutschland entwickelt, existiert ein sehr aufwendiges und umfassendes Instrumentarium, das

„Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse“ (ISTA). Die Autoren berichten hierzu, dass dieses Instrumentarium sehr gut dazu geeignet ist, Zusammenhänge zwischen Stressoren und Befindlichkeitsbeeinträchtigungen aufzudecken (vgl. Zapf, 1991).

Insgesamt handelt es sich hier aber um sogenannte physische Stressoren. In der Literatur findet man eine eher oberflächliche Unterscheidung zwischen verschiedenen Arten von Stressoren, die maximal in drei Bereiche unterteilt werden: physische Stressoren, selbstwertrelevante Stressoren und soziale Stressoren (vgl. Krohne, 1990, S. 266). Lange Zeit stand dabei im Vordergrund, dass es vor allem heftig und einmalig auftretende sogenannte kritische Lebensereignisse sind, die die Bewältigungsressourcen des Individuums überfordern, somit als Stressoren wirken. Dabei sind kritische Lebensereignisse wie beispielsweise Heirat, Geburt eines Kindes, Arbeitsplatzverlust und Wohnungswechsel, Trennung oder Tod von Angehörigen mitunter Ereignisse, die von den betroffenen Menschen höchste Anpassungsleistungen und Bewältigungsstrategien erfordern. Diese in den USA unter dem Namen „Life-Event-Forschung“ firmierende Forschungsrichtung hatte ihren Zenit in den 70er und 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts (vgl. für eine Übersicht Philipp, 1987; Katschnig, 1980b). In dem Beitrag von Katschnig findet sich zudem eine Übersicht von standardisierten Messinstrumenten zur Erfassung und Bewertung von kritischen Lebensereignissen (Katschnig, 1980a, S. 23ff.). Die nur geringen Korrelationen zwischen den kritischen Lebensereignissen und Gesundheit waren es, die wiederum Lazarus dazu bewegen haben, interindividuell unterschiedliche subjektive Repräsentationen in den Vordergrund zu stellen. „With regard to daily hassles, Lazarus and his colleagues (...) have taken the lead in identifying the stress-inducing potential of relatively mundane, chronic daily events“ (Derogatis & Coons, 1993, S. 201f.). Unter diesen sog. daily hassles versteht man die „stressrelevante Funktion relativ alltäglicher, kleinerer Ereignisse“ (Krohne, 1990, S. 266). Im Vordergrund stehen dabei kleine alltagsbegleitende Geschehnisse und wiederkehrende Situationen, die diesen „täglichen Kampf“ auslösen und nur selten abklingen lassen.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass die Diskussion um kritische Lebensereignisse und daily hassles ihren Ursprung im Setting Familie hatte. Sichtet man zu spezifischen stressauslösenden Faktoren im Setting Familie die Literatur, so fällt hierzu auf, dass in diesem Zusammenhang weniger die Rede von Stress, denn von Belastungen und Beanspruchungen bzw. Anforderungen ist (Schnabel, 2001, S. 92). Aus diesem gegebenen Anlass und auch um an späterer Stelle die Möglichkeit zu besitzen, mehr subjektiv und mit „weichen“ Daten – im Gegensatz zur psychophysiologi-

schen Stressreaktionsmessung – argumentieren zu können, kommt im Folgenden ein kurzer Abschnitt zu den Begriffen Belastung, Beanspruchung und Anforderungen.

Belastung – Beanspruchung – Anforderungen

Ohne Frage fällt die definitorische Abhandlung der Begriffe Belastung und Beanspruchung leichter als die des Stressbegriffes. Dabei haben diese Begriffe ihre Anwendung und Berechtigung in den Arbeitswissenschaften gefunden. Die alltagssprachliche Verwendung dieser Begriffe liegt dabei entweder auf dem belastenden Vorgang oder dem Zustand (Greif, 1991, S. 4). Dieser Umstand wird auch in der wissenschaftlichen Bezeichnung fortgeschrieben, wenn „unter diese Begriffe sowohl das Befinden und Verhalten, als auch die situativen Auslöser des Befindenzustands oder Verhaltens fallen können“ (Greif, 1991, S. 4). Auf Drängen der Arbeitswissenschaften hat sich seit den 70er Jahren eine einheitliche Definition für die Begriffe „psychische Belastung“ und „psychische Beanspruchung“ durchgesetzt, die ihren Niederschlag in der Normierung als Deutsche Industrie Norm (DIN) gefunden hat. Der Normenausschuss Ergonomie hat dabei psychische Belastung wie folgt definiert:

„Psychische Belastung wird verstanden als die Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken.“

Gleicher Ausschuss definiert psychische Beanspruchung wie folgt:

„Psychische Beanspruchung wird verstanden als die individuelle, zeitlich unmittelbare und nicht langfristige Auswirkung der psychischen Belastung im Menschen in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen und seinem Zustand“ (Normenausschuß Ergonomie, 1987).

Zusammenfassend bedeutet die Kombination beider Definitionen, dass auf Seiten der Belastungen Einflüsse verstanden werden, die objektiv erfassbar sind wie beispielsweise Lärm, Hitze Vibrationen, Staub, Schmutz und ähnliches (vgl. weiter oben auch den Abschnitt Arbeit) – die individuelle und personale Umsetzung finden diese Belastungen dann als Beanspruchung auf Seiten des Empfängers (Einwirkung – Empfang/Umsetzung)⁶. Dabei werden die Folgen von Beanspruchung in Anregungseffek-

⁶ Hier sei darauf hingewiesen, dass Greif eine direkte Übersetzung der Begriffe Belastung und Beanspruchung in den englischen Sprachgebrauch ablehnt und beispielsweise die Begriffe strain und demand sowie work load als nicht adäquat einschätzt (Greif, 1991, S. 5f.)

ten, psychischer Ermüdung und Übungseffekten unterschieden. Greif weist jedoch darauf hin, „dass die Zusammenhänge durch individuelle oder situative Unterschiede und durch die vernachlässigten Rückwirkungen komplizierter sein können(...)“ (Greif, 1991, S. 4). Zur Erinnerung sei hier an die weiter oben schon kurz angerissene Kritik an dem universell gültigen Stresskonzept von Selye erinnert, das in Nähe zu dieser Zusammenhangskonzeption zwischen Belastung und Beanspruchung steht. Eine weitere Affinität zum Konzept von Stressor und Stressreaktion gibt es auch zwischen Belastung und Beanspruchung: Auch Belastung und Beanspruchung bedingen sich. Somit scheint eine Abgrenzung von Stressor-Stressreaktion auf der einen und Belastung-Beanspruchung auf der anderen Seite leicht möglich. Nach Greif würde dies besonders dann gut gelingen, wenn man die Stressbegriffe den nach obiger Definition sehr allgemein gehaltenen Begrifflichkeiten „psychische Belastung“ und „psychische Beanspruchung“ unterordnet. Stressoren wären danach eine spezifische Untergruppe psychischer Belastungen und Stressreaktionen „als spezielle Arten psychischer Beanspruchungen einzugrenzen“ (Greif, 1991, S. 7). Problematisch erscheint damit nur, dass nach der obigen Definition lediglich äußere Einflüsse auf den Menschen zum Tragen kommen – nach den Stressdefinitionen sind aber durchaus auch innere Stressoren denkbar, die eine Subsumierung unter Belastung nur schwerlich erlauben würden. Als Lösung schlägt Greif die Erweiterung des DIN-Begriffes um „innere Einflüsse“ vor, um zu einer angemessenen Unterordnung von Stressoren und Belastungen zu gelangen (Greif, 1991, S. 7).

Somit konnte deutlich gemacht werden, dass per Definition aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive die Stresskonzeptionen feiner gegliedert sind als die von Belastung und Beanspruchung, Belastung aber bisher lediglich die äußeren auf den Menschen einwirkenden Einflüsse erfasst. Diese Ambivalenz trifft vor allem einen Bereich: Bei chronischen Erkrankungen liegen die inneren Einflüsse an vorderster Stelle als sogenannte Krankheitsbelastung. Hieran schließt sich ein weiterer wesentlicher Punkt an, der der Konfundierung. Bei der Betrachtung von Heilungs- und Bewältigungsprozessen scheint es unmöglich, von den ursächlich einmal auslösenden Prozessen und den durch die Erkrankung wiederum ausgelösten Stressprozessen zu unterscheiden. Hier liegt wahrscheinlich eine der wesentlichen Ursachen der durch Sozialisation bedingten unterschiedlichen Krankheitsentstehungs- und Bewältigungsprozesse.

Im Folgenden soll es in einem kurzen Abschnitt darum gehen, welche Möglichkeiten in der empirischen Sozialforschung existieren, Belastungen und Beanspruchung zu erheben, aber auch metrische Möglichkeiten zu entwickeln, die Krankheitsbelastung von chronisch erkrankten Menschen zu erfassen.

Arbeitssättigung

Die Skala Arbeitssättigung wurde in der im empirischen Teil der Arbeit herangezogenen Studie A eingesetzt (vgl. Kapitel 3.1).

Diese Subskala aus dem standardisierten „Fragebogen zur Erfassung von Beanspruchungsfolgen“ (FBF) erfasst einen unlustbetonten Zustand der affektiven Gespanntheit gegenüber der Tätigkeit (Tielsch, 1987). Sie enthält Fragen wie „Meine Arbeit macht mir gegenwärtig Freude“, die in einer dichotomisierten Antwortskala „stimmt/stimmt nicht“ in ihrer Gültigkeit „heute während der Arbeit“ beurteilt werden sollen. Die Subskala verfügt über gute Ergebnisse zur internen Konsistenz (Cronbach's $\alpha = 0,84$), die auch in der ProKlimA-Studie bestätigt werden konnten (Cronbach's $\alpha = 0,88$).

Allgemeine und Arbeitsspezifische Beanspruchung

Die eingesetzten Subskalen aus den „Indikatoren des REhaStatus“ IRES (Version 2) (Gerdes & Jäckel, 1992, 1995) sollen die subjektiv empfundene Stressbeanspruchung sowohl allgemein als auch auf die Arbeit bezogen („...am Feierabend“) erfassen. Die Originalskalen im IRES heißen „berufliche“ bzw. „vitale Erschöpfung“, wobei „berufliche Erschöpfung“ aus der Begleituntersuchung zur „Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie“ stammt (Hoffmeister, Hoeltz, Schön, Schröder & Güther, 1988). Der Fragebogen umfasst zehn Items, vier zum arbeitsbezogenen und sechs zum allgemeinen Stresserleben. Die Antwortskala ist vierstufig („nie“, „selten“, „oft“, „immer“), das Zeitfenster umfasst die „letzten vier Wochen“.

Die für die deutsche Normstichprobe angegebenen Werte der internen Konsistenz (Cronbachs α) von 0.72 für berufliche und 0.90 für vitale Erschöpfung wurden in der ProKlimA-Studie mit 0.63 bzw. 0.81 nicht ganz erreicht.

Krankheitsbelastungsskala, -erleben (Badura et al., 1987)

Die Skala Krankheitsbelastung ist in erster Linie für die Abbildung von Belastungen bei chronisch erkrankten Menschen entwickelt und im vorliegenden Zusammenhang in Studie B eingesetzt worden (vgl. Kapitel 3.3).

Die Krankheitsbelastungsskala von Badura enthält vierzehn Items eines standardisierten Selbstbeurteilungsverfahrens mit einer vierstufigen Antwortvorgabe („sehr stark“ bis „gar nicht“) (Badura et al., 1987). In der Originalfassung besteht die Skala aus

zwölf Items – im vorliegenden Forschungszusammenhang wurden zwei weitere Items zusätzlich aufgenommen:

- auf Medikamente angewiesen zu sein
- atändig in ärztlicher Behandlung zu sein

Um Aussagen über den Prozess der Krankheitsbewältigung zu machen, ist eine wesentliche Voraussetzung die Bestimmung des Ausmaßes der aktuellen und potentiellen krankheitsbedingten Belastungen und deren subjektiver Bedeutung für den Patienten (Badura et al., 1987, S. 481). Nach Angaben der deutschen Autoren basiert die Skala auf der Vorstellung von Cohen und Lazarus, die betont haben, „dass Krankheit nicht nur das physische Wohlbefinden bedroht, sondern auch das Selbstkonzept, das gesamte Einstellungssystem, Werte, Verpflichtungen und das emotionale Gleichgewicht“ (Badura et al., 1987, S. 481).

Gerade die Mitaufnahme der Krankheitsbelastung in den Kontext der Untersuchung zu chronischen Erkrankungen führt stringent zum nächsten Abschnitt über. Bereits in den Erläuterungen zu Stress und Belastungen wurde regelmäßig auf den Prozess der Bewältigung verwiesen. Der im englischen Sprachgebrauch übliche Begriff hierfür, coping oder to cope, wird im deutschen Kulturkreis nur ungern übersetzt gebraucht. Trotzdem werden in den folgenden Ausführungen beide Begriffe bedeutungsgleich eingesetzt.

Coping – Bewältigung

Bei der Erstellung eines Kapitels zum Thema Coping bzw. Bewältigung oder, wie in der Literatur auch zu finden, zu Abwehrmechanismen, bestehen folgende Anforderungen: Um die Hierarchie der Betrachtung einzuhalten, stellt sich als erstes das Problem, ob eine pathogenetische oder salutogenetische Perspektive eingenommen werden soll. Während sich erstere auf eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen oder untersuchter Stressprozesse stützt, bleibt zweiter lediglich der Untersuchungszusammenhang eines „gesundgeblieben“ mit einer Vielzahl potentieller Prädiktoren. An zweiter Stelle erfolgt die Frage der theoretischen Perspektivierung. Gerade die historischen Hintergründe legen eine hervorgehend aus verschiedenen Psychotherapieschulen differenzierte Herangehensweise nahe. Ist die Entscheidung für eine dieser Perspektiven gefallen, steht noch der Entschluss aus, ob im Mittelpunkt der Betrachtung geeignetes oder ungeeignetes Coping stehen soll. Für eine zusammenfassende Übersicht dieser verschiedenen Problemstellungen vergleiche Heim (vgl. Heim, 1988, 1998). Nach Ansicht einer Reihe von Autoren gehen erste Konzeptionen der Bewältigung bzw. Abwehrmechanismen bereits auf die Arbeiten von

gung bzw. Abwehrmechanismen bereits auf die Arbeiten von Freud und seiner Tochter Anna zurück. Demnach definierte Freud bereits 1894 Abwehr als „die allgemeine Bezeichnung für alle Techniken, denen sich das Ich in seinen eventuellen, zur Neurose führenden Konflikten bedient“ (Freud nach Schumacher & Reschke, 1994). Demnach wird das Ich vor drohendem Konflikt nach psychoanalytischer Diktion geschützt. Dieser kann dabei sowohl innerhalb der Persönlichkeit, aber auch als Anforderung durch die Umwelt beschrieben werden.

Im Vordergrund der gegenwärtigen Coping Forschung steht jedoch nach wie vor das transaktionale Stresskonzept von Lazarus (Lazarus, 1966). Das neue an diesem Konzept ist, wie weiter oben bereits kurz beschrieben, dass im Gegensatz zu Cannon und Selyes ersten Arbeiten Stress nicht mehr ausschließlich als ein Ergebnis äußerer auf das Individuum einwirkenden Prozesse gesehen wird, sondern dass es vor allem um innerpsychische Bewertungs- und Verarbeitungsprozesse geht. Demnach wird Stress als relationales Konstrukt aufgefasst und „konstituiert sich erst, wenn Umgebungsanforderungen oder interne Anforderungen die Ressourcen einer Person stark beanspruchen oder übersteigen“ (Schumacher & Reschke, 1994, S. 2). Folge eines Ungleichgewichtes zwischen Anforderungen und Kapazität ist Stress. Dieses Ungleichgewicht ist als das Resultat eines Bewertungsprozesses zu sehen, „der auch Intensität und Qualität emotionaler Reaktionen bestimmt“ (Schumacher & Reschke, 1994, S. 2). Hieran schließt sich unmittelbar die Definition von Bewältigung an, die von Lazarus & Folkman vorgeschlagen wird. Demnach lässt sich Coping am besten als „effort to manage demands that tax or exceed our resources, the latter phrase being a definition of stress“ beschreiben (Lazarus, 1993, S. 34). Demnach sind coping und Stress eng miteinander verbunden – stresshaftes Geschehen liegt dann vor, wenn es zu einem Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und individuellen Handlungsmöglichkeiten kommt.

Ein weiterer wichtiger Unterscheidungspunkt bei der Betrachtung von Coping ist die Möglichkeit, zwischen kontextabhängigen bzw. personenabhängigen Bewältigungsverhalten zu unterscheiden – also zwischen *state* und *trait* (Heim, 1998, S. 323). Nach Heim scheint sich auch hier „der Standpunkt der Interaktionisten, die sowohl Stabilität wie Variabilität des Bewältigungsprozesses annehmen, zu überwiegen(...)“ (Heim, 1998, S. 323).

Insgesamt lassen sich folgende Eckpunkte bzw. Problemkonstellationen zum Themenkreis Coping herausarbeiten:

- Bei longitudinaler Beobachtung lassen sich Konsistenzen bezüglich dominierender Bewältigungsformen finden – interindividuelle Unterschiede bei habitualisierter Bevorzugung ausgewählter Bewältigungsstrategien können auf zugrunde liegende Bewältigungsdispositionen zurückgeführt werden. Eine Unterscheidung von Stabilität und Generalität ist jedoch wichtig.
- Ist die Begrifflichkeit „Bewältigung“ überhaupt passend? Der Bewältigungsbegriff scheint zu sehr auf das Bemühen abgestellt zu sein und impliziert somit lediglich die Aktion mit Anforderungen fertig zu werden - im Gegensatz zum Gelingen, mit dem bereits ein positiver Ausgang der Bemühungen assoziiert ist (vgl. auch Klauer & Philipp, 1990, S. 333). Demnach sollte nicht nur das Ergebnis des Bewältigungsprozesses beschrieben werden, sondern bereits das Bemühen um Bewältigung.
- Ein weiterer wichtiger Punkt bezieht sich auf den eigentlichen Zielbereich der Bewältigung. Dabei finden sich in der Literatur vier verschiedene Zielbereiche von Belastungen: Regulationen von Emotionen, des zugrunde liegenden Problems, des Selbstwertes und von sozialen Interaktionen. Hieraus lassen vielfältige Bewältigungsintentionen ableiten.
- Das Universum von Beanspruchungen/Belastungen und entsprechenden Bewältigungsstrategien ist unermesslich. Es ist davon auszugehen, dass nur wenige Muster der Relation zwischen spezifischer Belastung und entsprechender Bewältigung von Individuen kognitiv zu bewältigen sind (vgl. Perrez & Reicherts, 1992). Dabei ist die Frage, ob technologische Regeln für die „Passungsberechnung“ zwischen Belastung und Bewältigung möglich scheinen, noch nicht abschließend entschieden.
- Zur Frage, ob es geeignete bzw. ungeeignete Bewältigung gibt, erläutert Heim auf Basis einer breiten Meta-Analyse Folgendes: Geeignete Bewältigung zeichnet sich durch aktiv-zupackendes Verhalten aus, jenes engagierte Zupacken führt gleichzeitig zu entsprechender Zuwendung aus dem Umfeld allgemein – vor allem der Familie – und gilt als aktiver kognitiver Beitrag. Die emotionale Grundhaltung ist zuversichtlich, optimistisch und aufmüßig rebellierend (Heim, 1988, S. 15). Im Gegensatz hierzu sieht Heim ungeeignetes Coping in einer passiven Grundhaltung, resignativen Einstellung zum Körper und passiven Kooperation zu medizinischer Versorgung (Heim, 1988, S. 16).
- Kostenaspekte der Bewältigung: Bewältigungsbemühungen verbrauchen interne und/oder externe Ressourcen – Bewältigung kann so bereits bestehende Probleme verschlechtern oder aber auch neue schaffen (Minder- bzw. Fehlregulation des coping) (Schumacher & Reschke, 1994). Dieser Punkt korrespondiert mit dem Hinweis auf unterschiedliche Wirkmechanismen. So kann eine Bewältigungsstrategie beispielsweise problemadäquat ausgerichtet sein, jedoch zu kurz gegriffen sein, da die Auslegung der Belastungssituation eher langfristig ist. Ähnliches gilt auch für das Ziel der Bewältigung: Steht eher die psychische, physische oder soziale Komponente im Mittelpunkt der Belastungen?
- Fatalistische Perspektive: Im Mittelpunkt der Bewältigungsforschung steht das Streben nach Homöostase zwischen Individuum und Umwelt. Es sind durchaus Reaktionsformen denkbar, die die Bewältigung mit der Hinnahme einer belastenden Situation zusammenbringen.

- Betrachtung der Belastungs-Bewältigungssicht aus psychologischer Perspektive: Ebenso wie das Stressgeschehen als relationales Konstrukt aufzufassen ist, kann auch soziale Unterstützung so gesehen werden. Es gibt Ansätze, die die Wirksamkeit von sozialer Unterstützung in hohem Maße von personalen Eigenschaften abhängig einschätzen.

Diese im Steckbrief verfasste Übersicht verdeutlicht, dass es sich bei der Bewältigungsforschung um ein facettenreiches Gebiet handelt, deren theoretischer Fulminationspunkt noch bei weitem nicht erreicht scheint. Für die Grundlage dieser Ausführungen sei hier auf die zum Teil nicht ganz einfach miteinander zu harmonisierende Literatur verwiesen (Goldberger & Breznitz, 1993; Heim, 1988, 1998; Klauer & Philipp, 1990; Perrez & Reicherts, 1992; Schumacher & Reschke, 1994). Bei Härtel findet sich abschließend eine Zusammenfassung der vier Hauptformen des Copings nach Cohen:

„Coping ist somit jeder Versuch eines Individuums, eine neue Situation zu bewältigen, die potentiell bedrohlich, frustrierend aber auch belohnend sein kann“ (Härtel, 1994, S. 298). Weiterhin fasst Härtel nach Cohen und Lazarus folgende Hauptformen zusammen: Suche nach Information, sofortiges Handeln, ohne viel zu überlegen, Nichthandeln, Vermeiden von Aktivitäten, intrapsychische Reaktionen (Härtel, 1994, S. 298).

Coping wurde, wie bereits erwähnt, im vorliegenden Untersuchungszusammenhang nicht direkt erhoben. Von daher wird auf eine dezidierte Darstellung von Erhebungsinstrumenten verzichtet. Für eine Darstellung soll allerdings auf den Übersichtsband von Beutel verwiesen werden (vgl. Beutel, 1988, S. 273ff.).

Personale Ressourcen – Kontrollüberzeugungen

Diese bisher eher aus einer salutogenetischen Perspektive heraus bearbeiteten Kernpunkte des Copings gewinnen eine etwas andere Bedeutung, wenn sie aus Sicht eines bereits erkrankten Individuums heraus betrachtet werden. Bei der dann einsetzenden Bewältigung einer Krankheit ist nach Lazarus und Folkman zwischen problemzentrierter und emotionsorientierter Krankheitsbewältigung zu unterscheiden. Das problemorientierte Coping ist vor allem dann gefragt, wenn Krankheiten durch das Verhalten des Patienten in Bahnen gehalten werden bzw. die Krankheitsfolgen durch diesen kontrolliert werden können. Dieses problemorientierte Verhalten kann jedoch auch an seine Grenzen stoßen – vor allem dann, wenn der Patient durch Eigeninitiative den Behandlungsprozess beispielsweise des Arztes konterkariert. Emotionszentriertes Verhalten ist dann gefragt, wenn eine Kontrolle der Krankheit keinesfalls möglich erscheint. Im Vordergrund dieser Überlegungen stehen dabei sogenannte perso-

nale Ressourcen. Diese Ressourcen werden bereits bei Lazarus und Folkman als wesentlicher Bestandteil der Stressverarbeitung und als Gesamtpool von Handlungsmöglichkeiten und Mittel angesehen, die die Anpassung an eine Problemsituation erleichtern. Dabei wird zu den personalen Ressourcen Kontrollüberzeugungen, positiver Selbstwert und Commitments gezählt (vgl. Weiß, Schneewind & Olson, 1995). Dabei sind unter Commitments Motivationsdispositionen zu verstehen, wie beispielsweise „sich für eine Sache einsetzen“ (Krohne, 1990, S. 267).

Die Dimension der Kontrollüberzeugung stellt eines der wichtigsten Konzepte der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie dar. Insgesamt lassen sich hierzu zwei Forschungstraditionen unterscheiden, die teilweise aufeinander aufbauen bzw. sich überschneiden. Zum einen handelt es sich um die aus der sozialen Lerntheorie hervorgegangenen generalisierten Kontrollüberzeugungen (Knesebeck, 1998, S. 33ff.; Rotter, 1966) – generalisierte Kontrollüberzeugungen deshalb, da sich diese über viele verschiedene Situationen hinweg darstellen können, im Gegensatz zu sehr spezifischen Kontrollüberzeugungen. Dabei zeigen die Personen bei Gefährdung ihrer Gesundheit ein angemesseneres Bewältigungsverhalten, die der Überzeugung sind, ihren Gesundheitszustand im Wesentlichen selbst beeinflussen zu können. Diesen Umstand bezeichnet man als internale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung. Dies äußert sich unter Umständen darin, dass diese Personen verstärkt Informationen zu ihrer Situation suchen oder aber regelhafter professionellen Anweisungen folgen. Dies ist ein wichtiger Bereich, wenn es beispielsweise um die Compliance bei Prävention und Gesundheitsförderung bzw. um die Behandlung bei chronisch kranken Menschen geht. Personen mit internaler Kontrollüberzeugung zeigen sich beispielsweise auch effektiver in der Inanspruchnahme sozialer Unterstützung (Beutel, 1988, S. 68). Im Gegensatz hierzu stehen Personen mit sogenannter externaler gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung. Eine besondere Qualität erreicht diese externale Kontrollüberzeugung dann, wenn sie als fatalistisch bezeichnet werden muss (Brücker, 1994). Demnach hängen wichtige Ereignisse von Glück, Zufall oder Schicksal ab (vgl. Schröder, 1997).

Auf der anderen Seite handelt es sich um die sogenannten Attributionstheorien. Auf diese soll hier nicht weiter eingegangen werden (vgl. für eine Übersicht Beutel, 1988, S. 70f.).

Im vorliegenden Untersuchungszusammenhang sind zwei verschiedene Instrumente eingesetzt worden, um die gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung abzufragen. In Studie A (s. Kapitel 3.1) wurde das von Ferring und Filipp entwickelte Instrument „Fra-

gebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen“ (FEGK) eingesetzt. Mit „Herr der Lage sein“ könnte man das Instrument beschreiben, dass in der Studie B (s. Kapitel 3.3) eingesetzt wurde. Die Skala „sense of mastery“ wurde von L. Pearlin entwickelt (Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan, 1981) und von B. Badura übersetzt (Badura et al., 1987).

Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK) (Ferring & Filipp, 1989)

Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK) ermittelt mit zwanzig Items die internale bzw. externale Kontrollüberzeugung der Personen, das heißt das Ausmaß, in dem eine Person glaubt, sie selbst bzw. andere seien für ihre Gesundheitserhaltung oder Krankheitsentwicklung verantwortlich (Ferring & Filipp, 1989). Die Antwortskala ist sechsstufig („sehr richtig“, „richtig“, „eher richtig“, „eher falsch“, „falsch“, „sehr falsch“) Die Auswertung erfolgt dabei in zwei getrennten Skalen für internale und externale Kontrollüberzeugung mit je zehn Items.

Für beide Skalen werden gute Werte für die interne Konsistenz berichtet (internal: Cronbach's $\alpha = .88$; external: Cronbach's $\alpha = .85$), was sich annähernd mit den Ergebnissen der ProKlima-Studie (Studie A) deckt (.84 für jede der beiden Skalen) deckt.

Sense of mastery (Badura et al., 1987; Pearlin et al., 1981)

Das von L. Pearlin entwickelte Instrument „Sense of mastery“ besteht aus den Skalen „Selbstvertrauen“ und „Fatalismus“. Dabei soll die Skala Selbstvertrauen eine Komponente des Selbstkonzeptes operationalisieren. Nach Badura kommt diesem Konzept vor allem in der Rehabilitationsforschung eine große Bedeutung zu, weil es Bedeutung für die erfolgreiche Krankheitsbewältigung hat.

Die ursprünglich aus neun Items bestehende Originalskala (vierstufiges Antwortformat; „stimme voll und ganz zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“) wurde von Badura auf sieben Items reduziert. Dabei besteht die Skala „Selbstvertrauen“ aus vier Items (Badura et al., 1987, S. 486f.). In dem hier vorliegenden Forschungskontext wurde eine auf 6 Items reduzierte Fassung eingesetzt. Dabei blieb der Faktor Selbstvertrauen vollständig erhalten und es zeigte sich, dass die verbleibenden zwei Items eine Skala „Fatalismus“ im testtheoretischen Sinne hinreichend abbilden.

Badura et al. beschreiben diese Skala mit zufriedenstellender Reliabilität, einem Cronbach's α von .82 und einem Test-Retest Koeffizienten von $r=.73$ (Badura et al., 1987).

Lebenszufriedenheit

Ein ähnliches und in vielen Facetten mit dem subjektiven Wohlbefinden deckungsgleiches Konstrukt ist das der Lebenszufriedenheit. Nach Fahrenberg et al. ist die Lebenszufriedenheit ein vage definiertes Konzept, das verschiedenen Problemen der Definition unterliegt. Zu nennen sind hier die alleinige sprachliche Fassung durch Begriffe wie Wohlbefinden, allgemeine Lebensqualität oder aber auch Glück. Hinzu kommen Differenzen beim Bezugsrahmen, ob sich also der Untersuchungsgegenstand eher auf eine Person (intraindividuell) oder über mehrere hinweg bewegt (interindividuell) bzw. das Rating der Einschätzung selbst oder über andere erfolgt. Weitere Probleme liegen bei der Lebenszufriedenheit in der Spezifität, also ob es um einen eher sehr allgemeinen Bestimmungsbereich („Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?“) oder um sehr spezifische Bereiche der Lebenszufriedenheit wie beispielsweise mit der „finanziellen Situation“ geht (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000, S. 5).

Wie weiter oben in den Ausführungen zum subjektiven Wohlbefinden bereits angedeutet wurde, findet sich in der Literatur häufig eine Gleichsetzung von Lebenszufriedenheit mit subjektivem Wohlbefinden. Auch hier werden verschiedene Dimensionen der Lebenszufriedenheit unterschieden, die eine hohe Affinität zu den oben beschriebenen Konzepten des subjektiven Wohlbefindens aufweisen. Nach Fahrenberg et al. bietet sich hier folgende Unterscheidung an:

- In Analogon zur kognitiven Komponente des subjektiven Wohlbefindens besteht Lebenszufriedenheit (Kongruenz) als Ergebnis nach Erfüllung begehrteter Lebensziele.
- Als affektive Komponente des subjektiven Wohlbefindens besteht Lebenszufriedenheit als „Glücksgefühl“, das sich auf einen längerfristigen positiven affektiven Zustand bezieht.
- Die positive affektive Komponente der Lebenszufriedenheit stellt ein vorübergehendes Gefühl von Freude dar.
- Im Gegensatz zur positiv affektiven Komponente steht die aus einem vorübergehenden Gefühl von Angst, Depression, Sorgen u. a. bestehende negativ affektive Komponente (Fahrenberg et al., 2000, S. 5).

Die Autoren konstatieren dabei, dass diese Dimensionen miteinander korrelieren und dass sich als Faktor zweiter Ordnung subjektives Wohlbefinden herauskristallisiert.

Besonders erwähnenswert ist hier eine Meta-Analyse, auf die sich Fahrenberg et al beziehen, deren hauptsächliches Ergebnis darin bestand, dass das Wohlbefinden in die Dimensionen (deNeve & Cooper, 1998; Fahrenberg et al., 2000, S. 5)

- Lebenszufriedenheit (trait)
- Glück (trait)
- positiver Affekt (state)
- negativer Affekt (state)

differenziert wurde.

Von dieser Operationalisierung der Lebenszufriedenheit grenzen die Autoren das Konzept der Lebensqualität ab, wobei vermutlich davon auszugehen ist, dass hier das der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität gemeint ist, wenn sie die hohe Affinität zur Gesundheitsdefinition der WHO feststellen. Dabei ist wesentliches Abgrenzungskriterium zwischen Lebenszufriedenheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität in erster Linie der Bewertungsbereich. Während in der Lebenszufriedenheitsforschung allgemeine und spezifische Bereiche des Lebens und der Zufriedenheit damit erfasst werden, richtet sich die gesundheitsbezogene Lebensqualitätsforschung nach den WHO-Bereichen des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und fragt hier nach den funktionalen Möglichkeiten bzw. Einschränkungen in diesen Bereichen. Oder wie Bullinger beschreibt, stellen Urteile zur Lebenszufriedenheit kognitive Repräsentationen von emotional erfahrbaren Lebensbereichen dar und sind zudem von einer ganzen Reihe nicht primär gesundheitsbezogener Einflussfaktoren abhängig, so dass beispielsweise eine Therapiebeurteilung durch die Frage nach der Lebenszufriedenheit nur mit Schwierigkeiten interpretiert werden kann (Bullinger, 2000, S. 16f.). Im übernächsten Abschnitt wird das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität näher dargestellt.

Operationalisierung und Messung der Lebenszufriedenheit

Neben der bereits erwähnten Übersicht von Mayring (Mayring, 1994), die in verschiedenen Aspekten auch auf die Erfassung der Lebenszufriedenheit eingeht, existieren auch im anglo-amerikanischen Raum eine Reihe von Übersichten (vgl. Bowling, 1997). Der Vollständigkeit halber soll hier noch ein in Deutschland sehr gebräuchlicher Bogen kurz erwähnt werden. Hier handelt es sich um den sehr aufwändig gestalteten Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) von Fahrenberg (vgl. Fahrenberg et al., 2000; Fahrenberg, Myrtek, Wilk & Kreutel, 1986).

Die in der hier vorgelegten Arbeit eingesetzten Instrumente stammen aus unterschiedlichen Traditionen und stellen verschiedene Anforderungen an die Untersuchungspopulation. Es handelt sich zum einen um das aus der Begleitforschung zur Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) stammende Instrument zur Erfassung der Lebenszufriedenheit (vgl. Hoffmeister et al., 1988) sowie das von Henrich und Herschbach entwickelte Instrument „Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M)“ (Henrich & Herschbach, 1996, 2000).

*Lebenszufriedenheit - Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)
(Hoffmeister et al., 1988)*

Der Fragebogen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit enthält in seiner Originalfassung insgesamt acht Fragen und wurde in Studie B eingesetzt. Die Befragten werden dabei gebeten anzugeben, wie zufrieden sie mit den Bereichen Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung, ihrer Wohnsituation, ihrer finanziellen Lage, ihrer Freizeit, ihrer Gesundheit, ihrer familiären Situation sowie mit ihrer Beziehung zu Freunden, Nachbarn und Bekannten sind. Eine abschließende Frage fordert die Befragten auf, unter Berücksichtigung ihrer Gesamtsituation die Zufriedenheit insgesamt mit ihrem Leben einzuschätzen. Das Antwortformat ist siebenstufig von 1=sehr unzufrieden bis 7=sehr zufrieden. Das Rating der Befragten wird mit der zusätzlichen Absicherung des Antwortformates durch Smileys unterstützt. Dieser Fragebogen ist zudem fester Bestandteil des IRES-Fragebogens (Gerdes & Jäckel, 1995). Gerdes und Jäckel berichten zu diesem Instrument einen Reliabilitätskoeffizienten von .87 (Cronbach's α) und eine Test-Retest-Korrelation von .72. Beide Angaben sprechen für eine gute interne Konsistenz und Stabilität im Zeitverlauf (Gerdes & Jäckel, 1995, S. XVII).

In dem hier vorliegenden Untersuchungszusammenhang wurde die Frage nach der Zufriedenheit mit der Wohnsituation aufgrund der spezifischen Forschungsaufgabe „Untersuchung der Lebensqualität von chronisch kranken Menschen unter Berücksichtigung ihrer unmittelbaren Wohnumgebung“ (vgl. Bullinger, Morfeld & Petersen, 1999) weiter ausdifferenziert, indem nicht mehr nach der Wohnsituation allgemein gefragt wurde, sondern detailliert nach Zufriedenheit mit der Wohnung, dem Wohngebiet und dem Wohnort (vgl. Frage C1 0).

*Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M) (Henrich & Herschbach, 1996,
2000)*

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) besteht aus zwei Teilen. Zunächst müssen die Probanden neun verschiedene Lebensbereiche bezüglich ihrer Wichtig-

keit für das eigene Wohlbefinden auf einer fünfstufigen Ratingskala („nicht wichtig“, „etwas wichtig“, „ziemlich wichtig“, „sehr wichtig“, „extrem wichtig“) einschätzen, so dann müssen sie ihre Zufriedenheit mit diesen Aspekten – ebenfalls auf einer fünfstufigen Ratingskala („unzufrieden“, „eher unzufrieden“, „eher zufrieden“, „ziemlich zufrieden“, „sehr zufrieden“) – angeben. Dies ermöglicht die Bestimmung der gewichteten Zufriedenheit. Insgesamt besteht das Instrument aus zwei Bereichen: Der erste Bereich stellt die Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie die Beurteilung des Probanden dar, wie wichtig diese eher allgemeinen Bereiche für ihn sind. Der zweite Bereich stellt ein gesundheitspezifisches Instrumentarium dar, in dem die Wichtigkeit von acht Einzeldimensionen wie körperliche Leistungsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit, Energie, Fortbewegungsfähigkeit, Seh- und Hörvermögen, Angstfreiheit, Beschwerde- bzw. Schmerzfreiheit sowie die Unabhängigkeit von Hilfe und Pflege abgefragt und wiederum mit der Einschätzung der Zufriedenheit kombiniert wird (Henrich & Herschbach, 2000, S. 99f.).

Insgesamt stellt die Berechnung dieser gewichteten Zufriedenheit aufgrund der Überlegung, dass Wichtigkeit und Zufriedenheit positiv miteinander korrelieren und auch ausreichend Varianz in den Daten vorhanden ist, einigen Aufwand dar. Die Auswertungsvorschrift ist von den Autoren jedoch ausreichend publiziert worden (Henrich & Herschbach, 2000, S. 102).

Die zufriedenstellende interne Konsistenz der Skala der gewichteten Zufriedenheit (Cronbach's α : .76) wurde auch in der hier zugrundegelegten Studie A (vgl. 3.1) erreicht (Cronbach's α =.76), für die Subskalen Wichtigkeit und Zufriedenheit wurden ähnliche Werte erreicht (.79 bzw. .76).

2.3 Subjektive Gesundheit: Befindlichkeit und Lebensqualität

Ausgehend vom bereits erwähnten Konzept der WHO und dem der gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden Zielkriterien berücksichtigt, die auf einer etwas anderen Dimension bisheriger sozialepidemiologischer Forschung liegen. Bisherige Untersuchungen beschränkten sich im Wesentlichen auf offensichtlich erreichbare objektive Aspekte der Gesundheit, wie beispielsweise Frequenz von medizinischen Visitationen, Krankenhausaufenthalt aber auch Medikamentengebrauch. Survey-Erhebungen legten ihren Schwerpunkt bisher auf die Erhebung von erlebten Erkrankungen („Hat Ihnen Ihr Arzt jemals gesagt, dass Sie Diabetes haben?“ oder „Hatten Sie jemals in

Ihrem Leben einen Schlaganfall?“) (Bormann et al., 1990). Besonders für die Bundesrepublik muss die Erfassung von Parametern zum Mortalitätsgeschehen als außerordentlich problematisch angesehen werden. Zu diesem Themenkreis gehört auch die schwierige Erfassung mittels Totenschein (in England wird beispielsweise der zuletzt ausgeübte Beruf des Toten auf dem Totenschein erfasst [vgl. Morton et al., 2000]) insbesondere in Deutschland (Göckenjahn, 1985).

Diese Sichtweise spiegelt die für die Gesundheitswissenschaften neu aufgegriffene Dichotomie zwischen einer funktionellen und einer strukturellen Sichtweise von Gesundheit resp. Krankheit wider. Der strukturelle Ansatz geht von der Annahme aus, dass Krankheit auf den Körper als Organismus beschränkt ist (sog. biomedizinisches Paradigma). Krankheitsursachen sind in Fehlfunktionen von Organen, Geweben und Zellen zu sehen. Für die Vorherrschaft des strukturellen Paradigmas lassen sich, ausgehend von den epochalen Erkenntnissen der Biomedizin, eine ganze Reihe Entwicklungsschritte benennen. Beispielhaft sei hier nur die Entdeckung Rudolf Virchows zu nennen, der im 19. Jahrhundert die Grundlagen der Zellulärpathologie begründete. Weitere Entdeckungen bzw. Entwicklungen schlossen sich an, die die Infektionsepidemiologie betrafen (vgl. Vasold, 1999). Siegrist erkennt für die Verlockung dieses strukturellen Verständnisses von Krankheit zwei Prinzipien: das Prinzip des Reduktionismus und das Prinzip der „mechanistischen Verknüpfung“. Das Prinzip des Reduktionismus geht davon aus, dass man die Wahrheit dadurch entdeckt, dass komplexe (und sichtbare) Systeme auf ihre zugrundeliegenden (und unsichtbaren) Komponenten reduziert werden: „Es sind Prozesse innerhalb und zwischen den Zellen, die das Gewebe schädigen, die Organläsion verursachen und schließlich die Erfahrung der Krankheit begründen. Das zweite Prinzip, die mechanistische Verknüpfung, besteht darin, dass Gesetze der klassischen Physik auf die Analyse lebender Organismen übertragen werden“ (Siegrist, 1996, S. 16). Folgerichtig bemerkt Siegrist im Anschluss an die Erläuterungen zum strukturellen Verständnis von Krankheit, dass gegenwärtig dieses Paradigma durch die bahnbrechenden Entwicklungen in Gentechnologie und Zellforschung noch weiter Auftrieb erhalten wird. In der hier dargestellten Ambivalenz zwischen dem strukturellen und dem funktionellen Ansatz in der Betrachtung aber auch Behandlung von Krankheit und Erhaltung von Gesundheit spiegelt sich ein Konflikt wider, der in erster Linie die psychosozialen Disziplinen in der Medizin betrifft und zum Wiedererstarken der Gesundheitswissenschaften in Deutschland geführt hat. Hierin liegt die Erkenntnis, dass es nicht ausschließlich im strukturellen Paradigma verankerte Entwicklungen und Entdeckungen waren, die zu epochalen Veränderungen im menschlichen Dasein geführt haben. In erster Linie ist hier an den Rückgang der Sterblichkeit zu denken, der noch bis vor kurzem ausschließlich dem medizini-

schen Fortschritt zugeschrieben wurde (McKeown, 1982, S. 19). Mittlerweile weiß man jedoch, dass es vor allem tiefgreifende Maßnahmen in Hygiene und Umwelt waren, die ihren Beitrag ebenso leisteten wie eine soziale Revolution, die die am weitesten fortgeschrittenen Industrienationen in den Lebensbedingungen nachhaltig beeinflusste (vgl. auch Najman, 1980).

Diese Erkenntnisse lassen aus heutiger Sicht Engel die mehr als berechtigte Frage stellen, „Wie lange noch muß sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen?“ (Engel, 1996, S. 3) und zu der Forderung kommen, dass biomedizinische Paradigma zu überwinden, und zu einer mehr systemischen, ganzheitlichen Sichtweise nicht nur des einzelnen Patienten, sondern zu einem biopsychosozialen Krankheitsentstehungs- bzw. Gesundheitserhaltungsmodell zu gelangen. Auf eben dieser Erkenntnis basiert der Gesundheitsbegriff der WHO und ihr Verständnis von Gesundheitsförderung. Dieses Verständnis kehrt sich nicht von dem Individuum ab, sondern vielmehr erweitert es die Perspektive einer einfachen Verhaltenssteuerung hin zu einer Verhältnissteuerung, indem es die Wirksamkeit und den Einfluss sogenannter Settings wie die natürliche und soziale Lebensumwelt des Menschen mehr in den Mittelpunkt von Interventionen stellt und die Ebenen, auf denen Gesundheit und Krankheit produziert werden, hervorhebt (WHO, 1995).

Ausgehend von dem neuen Gesundheitskonzept der WHO und einer Fokussierung des Subjekts, in dem nicht mehr ausschließlich die Abwesenheit von Krankheit, sondern „der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ als Grundrecht des Menschen in den Mittelpunkt rückt, kommt es zu einer neuen Forschungsrichtung, die im Selbstbericht der Betroffenen die Befindlichkeit des Menschen – gesund oder krank – mehrdimensional abzubilden versucht. Vor allem die Erfassung der psychischen Befindlichkeit – die bereits als Wohlbefinden relativ unreflektiert in der WHO-Gesundheitsdefinition aufscheint – und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stehen im Mittelpunkt einer neuen Entwicklung. Im folgenden Abschnitt werden diese Konzepte detailliert beschrieben – ihre Grundlegung, Historie, Bedeutung und ihre empirische Operationalisierung (Abele & Becker, 1994; Bullinger, 1997a, 1997b).

2.3.1 Befindlichkeit, subjektives Wohlbefinden und Beschwerden

Ursprünglich bestand die Absicht, Befindlichkeit, subjektives Wohlbefinden und Beschwerden getrennt voneinander abzuhandeln und gegenüberzustellen. Die Durch-

sicht der entsprechenden Literatur belehrte jedoch eines Besseren. Dabei zeigte sich Folgendes: Drei miteinander eng verwandte Forschungsrichtungen nehmen in der entsprechenden Literatur immer wieder einmal Bezug aufeinander, ohne sich jedoch richtig dabei wahrzunehmen. Schwierigkeit besteht somit in einer Findung für eine angemessene Definition, wo denn der Startpunkt liegen soll.

Es ist jedoch die Forschung und Theorie zum Wohlbefinden, die es ermöglicht, einen adäquaten Anfang zu finden. Das mittlerweile in der zweiten Auflage erschienene Lehrbuch zur Wohlbefindensforschung besticht trotz verschiedener Autoren dadurch, dass es sich stringent auf eine Definition des Wohlbefindens und seine Nomenklatur geeinigt hat (Abele & Becker, 1994). Vor allem Becker ist es, der in seinem initialen Beitrag die theoretischen Grundlagen des Wohlbefindens darstellt (Becker, 1994). Bereits eingangs erwähnt er die hohe Affinität des Wohlbefindens zu Konzepten wie Glück und Lebenszufriedenheit. Hilfreich erscheint die bereits oben angesprochene Unterscheidung – diese wird stringent beibehalten – zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden. Dabei charakterisiert das aktuelle Wohlbefinden die augenblickliche Befindlichkeit und habituelles Wohlbefinden eine relativ stabile Eigenschaft. Die nähere Erläuterung ergibt, dass das aktuelle Wohlbefinden den „Oberbegriff zur Charakterisierung des momentanen Erlebens einer Person, der positiv getönten Gefühle, Stimmungen und körperlichen Empfindungen sowie das Fehlen von Beschwerden umfasst“ (Becker, 1994, S. 13). Herausgestellt wird dabei, dass Gefühle auf Einsätze beschränkt und von relativ kurzer Dauer sind. Stimmungen zeichnen sich hingegen dadurch aus, dass sie, anders als Gefühle, in der Regel länger andauern und eine schwächere Intensität besitzen.

Beim habituellen Wohlbefinden handelt es sich, anders als beim aktuellen Wohlbefinden, um „aggregierte emotionale Erfahrungen“ (Becker, 1994, S. 15). Diese kommen durch kognitive Prozesse zustande – wie Becker erwähnt, beispielsweise die Lebenszufriedenheit. Hier wird erstmalig konstatiert, dass Lebenszufriedenheit eine Form des habituellen Wohlbefindens darstellt. Grundsätzlich kann dies als ein eher langanhaltender Prozess bezeichnet werden, der durch einen andauernden Prozess der Bewertung einer Vielzahl von Umständen zustande gekommen ist. Nach Becker zeichnet sich das Konzept des habituellen Wohlbefindens durch eine hohe zeitliche Stabilität und somit als Eigenschaft aus. Erwähnenswert ist hierbei, dass die empirische Abbildung vor allem der Lebenszufriedenheit als Indikator des habituellen Wohlbefindens trotzdem von einer ganzen Reihe Faktoren abhängt. Genannt seien hier die aktuelle Stimmung zum Zeitpunkt der Beurteilung, Erinnerung an zurückliegende Ereignisse, die Form der Befragung u. a. Als eine weitere Differenzierung habituellen Wohlbefin-

dens schlägt Becker die Einteilung in eindimensionale und mehrdimensionale Modelle vor. Demnach erscheint es schwierig, Wohlbefinden als eindimensionale Begrifflichkeit irgendwo zwischen „state“ und „trait“ anzusiedeln, also in Form einer Grundbefindlichkeit. Diese Verortung würde zudem davon ausgehen, dass allgemeines Glücklichein und Lebenszufriedenheit etwas sehr Ähnliches abbilden. Nach Becker erscheint dies jedoch nicht sinnvoll, da nicht unbedingt Glück und Lebenszufriedenheit in einer Person gleichzeitig vorhanden sein müssen – in diesem Zusammenhang ist die Form der resignativen Zufriedenheit zu erwähnen, die nicht mit Glück gleichzusetzen ist (Becker, 1994, S. 16).

Die Dichotomie eines positiven und negativen Wohlbefindens gehört zu den zweidimensionalen Modellen habituellen Wohlbefindens. Dabei wird davon ausgegangen, dass positives Wohlbefinden dann vorliegt, wenn eine Person in „letzter Zeit häufig positive und selten oder nie negative Gefühlszustände erlebte“ (Becker, 1994, S. 16). Bekannteste empirische Operationalisierung dieses Konzeptes ist sicherlich das von Bradburn und Mitarbeitern entwickelte Instrument „Subjektives Wohlbefinden“ (Bradburn, 1969), das von Badura in die Rehabilitationswissenschaften im deutschen Sprachraum etabliert wurde (Badura et al., 1987). Dabei kann bei einer zweidimensionalen Betrachtung habituellen Wohlbefindens herausgestellt werden, dass es eine erstaunlich hohe Überschneidung zwischen psychischem und physischem Wohlbefinden gibt.

Ein dreidimensionales Modell der habituellen Befindlichkeit versucht, die „Gesundheitstrias“ der WHO wiederzugeben, indem zwischen dem physischem, dem psychischen und dem sozialen Wohlbefinden unterschieden wird. Aufgegangen ist diese Konzeption im Instrument „Trierer Persönlichkeitsfragebogen“.

Diese Ausführungen lassen sich in einem von Becker zusammengestellten Strukturmodell des Wohlbefindens darstellen:

Im Gegensatz zum habituellen Wohlbefinden hängt das aktuelle Wohlbefinden von aktuellen, meist nur wenige Stunden zurückliegenden bzw. andauernden Ereignissen ab. Und genau an dieser Stelle kommt es nach Durchsicht der Literatur zu vorschneiligen Vereinfachungen, die das Konstrukt „Befindlichkeit“ nicht weiter differenzieren. So schreiben Henrich und Herrschbach, dass sie den Beurteilungszeitraum für das von ihnen entwickelte Instrument „Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M)“ deshalb auf vier Wochen fixiert haben, um sich von der Befindlichkeit abzugrenzen, die ihrer Meinung nach „den momentanen Zustand beschreibt und im Laufe eines Tages variieren

kann“ (Henrich & Herschbach, 2000, S. 101). Diese Wahrnehmung weist entweder auf ein weniger differenziertes Verständnis des Wohlbefindens hin oder habituelles Wohlbefinden wird mit Lebenszufriedenheit gleichgesetzt.

In einem wiederum von Becker vorgeschlagenen dreidimensionalen Modell wurde als stärkster Befindlichkeitsfaktor „positive vs. negative Stimmung“ herausgearbeitet. Die anderen beiden Faktoren legen die Benennung „Aktiviertheit“ und „Erregungsniveau“ nahe. Insgesamt lassen sich demnach folgende Kombinationen mit positiver Stimmung herstellen, die durch folgende Tabelle verdeutlicht werden (nach Becker, 1994, S. 30):

Tabelle 7 Dreidimensionales sphärisches Strukturmodell emotionaler Befindlichkeit

| | | |
|---------------|---------|------------------------|
| | | positive Stimmung |
| Aktiviertheit | hoch | beschwingt, begeistert |
| | niedrig | Gelassenheit |
| Erregung | hoch | Erregung |
| | niedrig | Entspannung |

Zur Identifikation der Bedingungen und Erreichbarkeit aktueller Befindlichkeit wird ein modellhaftes Vorgehen vorgeschlagen. Demnach kann aktuelle Befindlichkeit durch zwei Strategien erreicht werden:

- direkt über Erfahrungen, „die in sich positiv, belohnend oder lustvoll sind“
- indirekt über die Vermeidung bzw. Verhinderung negativer aversiver Zustände wie Schmerz, Müdigkeit, Angst oder Hilflosigkeit (Becker, 1994, S. 31)

Als Bedingungen für direkte Möglichkeiten zur Erreichung des aktuellen Wohlbefindens identifiziert Becker vier Bereiche: sensorische Erfahrungen, erfolgreiche Handlungen, soziale Zuwendung und Nähe, sowie glückliche Umstände.

Zu Recht betont Becker zum Ende seines Beitrages, dass die Wohlbefindensforschung in Deutschland nach wie vor am Beginn steht. Besonders ermutigend erscheint dabei aus soziologischer Perspektive seine Anregung, das habituelle Wohlbefinden auf „die `höheren` Bedürfnisse des Menschen zurück(zu)föhren“ (Becker, 1994, S. 43). Demnach scheint gerade diese habituelle Befindlichkeit Ausdruck „eines gelungenen Lebens bzw. der Fähigkeit zur ausgewogenen Bewältigung externer und interner Anforderungen.“ (Becker, 1994, S. 43), zu sein.

Im gleichen Band (Abele & Becker, 1994) geht Mayring auf die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens ein – im Gegensatz zu Becker spricht er von subjektivem Wohlbefinden und identifiziert in der Literatur verschiedene Umschreibungen für subjektives Wohlbefinden: „subjektives Wohlbefinden als Glück, Glück als subjektives Wohlbefinden, Glück als Lebensqualität, Glück als Freude, positive Stimmung als Glück, Glück als Zufriedenheit (...)“ (Mayring, 1994, S. 51). Ähnlich wie Becker kommt auch Mayring zu einer nachvollziehbaren, faktorenanalytisch begründeten Klassifikation subjektiven Wohlbefindens. Demnach lassen sich die Wohlbefindensindikatoren in folgende differenzierte Kategorien unterteilen:

- negative Komponente – Freiheit von subjektiver Belastung
 - Balance zwischen positivem und negativem Befinden
- positive Komponente – Freude, Glück
 - kurzfristige, situationspezifische (aktuelle) positive Gefühle
- kognitive Komponente – Zufriedenheit
 - kognitive Einschätzung des eigenen Lebens, Abwägen von Positivem u. Negativem, Vergleich von Lebenszielen, Messen des eigenen Lebens an internen oder sozialen Vergleichsnormen
- affektive Komponenten – Gefühl des Wohlbefindens: Unterscheidung in zwei Komponenten:
 - State Komponente: „aktuelles, intensivstes und tiefes, die ganze Persönlichkeit umfassendes emotionales Glückserleben“ (Mayring, 1994, S. 52)
 - Trait Komponente: „langfristiges, auf Glückserleben aufgebautes, im Lebenslauf entwickeltes Lebensglück“ (Mayring, 1994, S. 52)

Diese von Mayring vorgeschlagene Konzeption bringt Klärung in das Dickicht verschiedenster Begrifflichkeiten subjektiven Wohlbefindens und kann durch folgende Grafik veranschaulicht werden (vgl. Abbildung 2) (nach Mayring, 1994, S. 53):

Theoretischer Hintergrund – Befindlichkeit und Lebensqualität

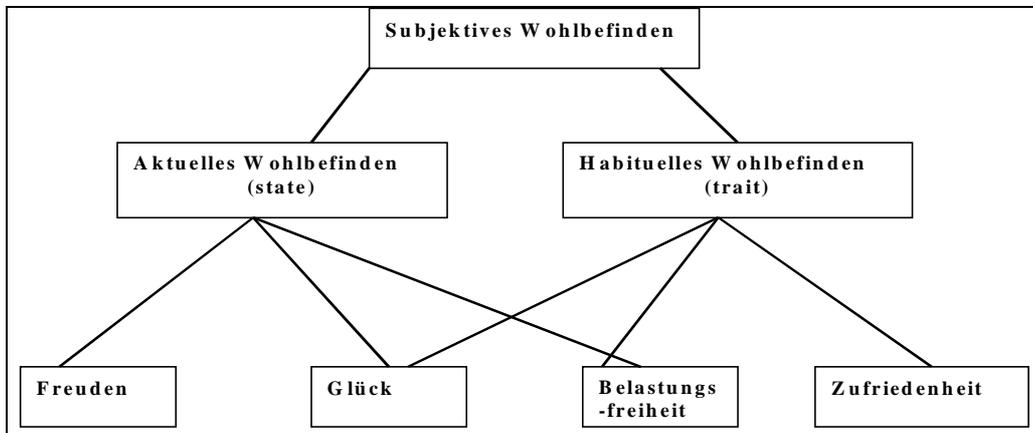


Abbildung 2 Vier-Faktoren-Ansatz des subjektiven Wohlbefindens

Nach Mayring lässt sich aufbauend auf dieser Konzeption der Begriff der Lebensqualität klären, der demnach eine Kombination von subjektivem Wohlbefinden und positiven objektiven Lebensbedingungen ist. Deutlich wird hier, dass dies dem soziologischen Begriff der Lebensqualität nahe kommt (Glatzer, 1984; Glatzer & Zapf, 1984). Weiterhin scheint es möglich psychische Gesundheit zu definieren, die demnach als Kombination aus subjektivem Wohlbefinden und individuellen Kompetenzen gesehen werden kann. Auf die bei Mayring dann angeführte Vielzahl von Instrumenten wird zwar explizit verwiesen jedoch nicht näher eingegangen (Mayring, 1994, S. 54ff.). In einer hier fortführenden Begriffsdefinition legt sich Bullinger mit dem Begriff Befindlichkeit auf eine Zustandscharakterisierung (state) fest. Diese im Spannungsfeld zwischen subjektivem Wohlbefinden und Unbehagen liegenden unterschiedlichsten Gefühlsqualitäten charakterisieren die Verfassung einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt. Über die bisherigen Konzeptionen hinausgehend differenziert Bullinger die Befindlichkeitsdimensionen in psychische (z. B. Angst), in körperliche (z. B. Schmerz), in soziale (z. B. Einsamkeit) sowie in funktionale Bereiche (z. B. Konzentrationsfähigkeit). Hier ist bereits eine Anlehnung an das Gesundheitskonzept der WHO erkennbar, auf das weiter unten noch näher eingegangen wird. Im Vordergrund steht jedoch die Dichotomie zwischen der psychischen und der physischen Dimension der Befindlichkeit. Ersteres bezeichnet Bullinger als „Stimmung“ zweites als „körperliches Allgemeinbefinden“ (Beschwerden) (Bullinger, 1997a, S. 1f.).

Operationalisierung und Messung des subjektiven Wohlbefindens

Wie bei den anderen bisher vorgestellten psychosozialen Konstrukten bietet sich auch bei Erfassung des subjektiven Wohlbefindens die standardisierte Befragung an. Vor allem in der klinischen Psychologie ist die Forschung zur Erhebung des subjektiven Wohlbefindens weit fortgeschritten. Dabei ist das Verfahren der Wahl die Selbsteinschätzung durch den Befragten. Sogenannte proxy-Messungen, also Einschätzungen über Fremdrater, sind mittlerweile zwar auch etabliert, bieten jedoch nur eine indirekte Erfassung. Bei den eingesetzten Instrumenten handelt es sich in der Regel um sogenannte Adjektivlisten, bei denen die Befragten über vorgelegte Antwortvorgaben unterschiedlichster Abstufungen ihren momentanen Zustand angeben sollen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass alle in diesem Bereich eingesetzten und etablierten Instrumente den strengen Anforderungen der Testtheorie entsprechen und psychometrisch abgesichert sind. Oftmals stehen für die eingesetzten Instrumente auch Referenzdaten bzw. Angaben von Normpopulationen zur Verfügung (Bullinger, 1997a, S. 2).

Im hier vorliegenden Untersuchungszusammenhang ist zur Erfassung der psychischen Befindlichkeit das sogenannte Profile of Mood States (POMS) eingesetzt worden. Weiterhin wurde die Skala „Mental Health“ des SF-36 mit in das Instrument aufgenommen. Zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens ist die Beschwerden-Liste von von Zerssen eingesetzt worden.

Profile of Mood States (POMS)

Die psychische Befindlichkeit wurde mit der deutschen Version des „Profile of Mood States“ erhoben (McNair, Lorr & Leman, 1971). Der POMS ist ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung des psychischen Wohlbefindens. In der PoKlimA-Studie (vgl. Studie A 3.1) wurden daraus die Subskalen „Tatendrang“, „Missmut“ und „Müdigkeit“ eingesetzt. Die Subskala „Benommenheit“ wurde neu entwickelt. Ergänzt wurde die Erhebung der psychischen Befindlichkeit durch die Subskala „Psychisches Wohlbefinden“ des Fragebogens zum Gesundheitszustand – SF-36 (vgl. Bullinger & Kirchberger, 1998), so dass die Fragebogenversion dreißig Items enthält, die auf einer fünfstufigen Rating-Skala („gar nicht“, „etwas“, „ziemlich“, „stark“, „sehr stark“) beantwortet werden können. Gefragt wurde nach dem Empfinden „heute während der Arbeit“.

Die in der Literatur angegebenen Werte für die interne Konsistenz (Cronbach's α) liegen für die Subskalen des POMS zwischen .88 und .91 und wurden auch in der PoKlimA-Studie (Studie A) erzielt (Cronbach's α zwischen .77 und .92).

2.3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Begriff der Lebensqualität ist bereits in den vorangegangenen Abschnitten angesprochen worden und diente dabei eher als Sub-Kriterium für bestimmte Kategorien von Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit denn als eigenständige Zieldimension menschlicher Gesundheit. Einer der vielen Gründe, warum die Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität manchmal am Rande der Beliebigkeit steht, mag sicherlich auch mit dem Fehlen einer allgemein gültigen Theorie von Gesundheit und Krankheit liegen – diesem Umstand ist bereits in den einleitenden Worten dieses Kapitels Rechnung getragen worden. Nicht von der Hand zu weisen ist jedoch, dass dem Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eine bestimmte Faszination vorausgeht. Einer der Gründe hierfür liegt sicherlich darin, dass es einen Konsens bei den Menschen dahingehend zu geben scheint, was denn unter Lebensqualität zu verstehen ist. Gerne wird DIE Lebensqualität auch als Zielkriterium von Gesellschaftspolitik oder der ganz persönlichen Lebensführung verstanden (vgl. Glatzer & Zapf, 1984). Ebenso wie weiter oben Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit den Begriff Lebensqualität immer wieder zur Bezeichnung von Sub-Kategorien genannt haben, finden sich in der Literatur auch Ansätze, die unter den Begriff Lebensqualität die Bereiche Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden subsumieren (vgl. Bowling, 1997).

Es gibt neben diesen eher weit gefassten Konzeptionen der Lebensqualität eine Reihe neuer Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft, die den Übergang zu einer Dimension der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ in Gang gebracht und beschleunigt haben. Im Vordergrund steht dabei die Auffassung, dass es nicht mehr allein klinische Parameter und Abbildung reiner Überlebenszeit von Patienten sind, die als Bewertungsmaßstab medizinischer Interventionen gelten. Hinzu kommen Veränderungen – als demografischer Übergang bezeichnet –, in deren Mittelpunkt eine zunehmend älter werdende Bevölkerung in den westlichen Industrienationen steht. Diese Entwicklung geht einher mit der Zunahme chronischer Erkrankungen, die zu einer enormen Belastung für die Finanzierung des Gesundheitssystems werden. Ähnliches muss auch für die Bewertung innovativer medizinischer Technologien angenommen werden, deren

Evaluationskriterien bisher ausschließlich aus sogenannten objektiven Kriterien bestanden (Najman & Levine, 1981).

Nach Bullinger vollzog sich die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität seit Mitte der 70er Jahre in drei Phasen. Während die erste Phase Arbeiten zur grundsätzlichen Klärung, was denn Lebensqualität überhaupt ist und wie sie zu messen sei, vorgelegt hat, sind die folgenden durch die konkrete Entwicklung von Messinstrumenten und durch anwendungsbezogene Forschung aber auch Praxis gekennzeichnet (Bullinger, 1997b, S. 77). In Deutschland ist der Beginn der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung auf Ende der 80er Jahre zu datieren (Bullinger & Pöppel, 1988). In diesem Zusammenhang führt Bullinger drei Probleme an, mit denen sich die gesundheitsbezogene Lebensqualitätsforschung seit ihrer Genese auseinander zu setzen hat:

- die grundsätzliche Frage nach einer Messbarkeit von Lebensqualität
- die Frage nach der Konstruktion und Qualität der Messinstrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Worin besteht der Nutzen, der durch die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gewonnen werden kann?

Die Ziele der Lebensqualitätsforschung bestehen nach Bullinger in erster Linie in der empirischen Abbildung des Gesundheitszustandes ganzer Populationen – wenn die eingesetzten Instrumente nicht ausschließlich für kranke Menschen zugeschnitten sind – und in der Bewertung von klinischen und therapeutischen Interventionen. Nutzer sind hier Träger der Sozialversicherungssysteme aber auch die betroffenen Patienten, denen erstmalig wissenschaftlich akzeptiert eine Gelegenheit eingeräumt wird, im standardisierten Selbstbericht ihre Lebensqualität zu bewerten.

Vielfach bemängelt wird an der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, dass sie in weiten Bereichen nach wie vor ohne Theorie existiert. Dabei lassen sich drei Modelle der Lebensqualität voneinander unterscheiden. Das erste geht von einer individuenzentrierten Messung aus, die besagt, dass eine Abbildung der Lebensqualität über verschiedene Personen hinweg nicht möglich ist, da sie zwischen den Personen schon auf Basis des Konzeptes her zu stark variiert. Fast im Gegensatz hierzu basieren die Annahmen zu Modelltyp 2 darauf, dass lediglich eine überschaubare Anzahl von Lebensqualitätsdimensionen existiert, die sich zudem – auch nach Einschätzung vieler verschiedener Autoren – sehr gut mit den Gesundheitsdimensionen der WHO (körperlich, psychisch, sozial) in Übereinstimmung bringen lassen. Bullinger weist hier folgerichtig darauf hin, auch die funktionale Ebene für diesen Gesundheitsbericht mitzudenken (Bullinger, 1997b, S. 77). Abschließender dritter Modellansatz negiert beide

vorher gemachten Angaben und geht davon aus, dass Lebensqualität nur über die persönlichen Präferenzen, beispielsweise von Patienten, zu erheben sei. Diese Annahme findet in der gesundheitsökonomischen Analyse Entsprechung. Hier werden basierend auf Präferenzlisten bzw. Wahl-Entscheidungen Aspekte der Lebensqualität gesundheitsökonomisch fruchtbar gemacht (Siebert & Kurth, 2000; Wasem & Hessel, 2000). Für eine gute Übersicht von Verfahren zur Bewertung von Gesundheitszuständen und Lebensqualität sei auf den anschaulichen Beitrag von Böhmer und Kohlmann verwiesen (Böhmer & Kohlmann, 2000).

Trotz einer ganzen Reihe nach wie vor widriger Umstände – vor allem was die adäquate Übersetzung und psychometrische Testung der Instrumente angeht (vgl. Biefang, Potthoff & Schliehe, 1998; Spilker, 1996) – herrscht weitestgehend Einigkeit über die Identifikation und operationale Definition des Konstruktes gesundheitsbezogene Lebensqualität. Demnach bezeichnet gesundheitsbezogene Lebensqualität ein multidimensionales Konstrukt, das mindestens durch die vier Komponenten „psychisches Befinden“, „körperliche Verfassung“, „soziale Beziehungen“ und „funktionale Kompetenz“ der Befragten zu operationalisieren ist (Bullinger, 1994a). Schrieben 1981 Najman und Levine noch in ihrer Zusammenfassung: “It is, at present, not possible to identify specific procedures and the extent to which these procedures confer benefits upon their recipients. In part, this is a consequence of the failure to derive an adequate conceptual understanding of what it means to have a better or worse quality of life” (Najman & Levine, 1981, S. 114). Heute, fast genau 20 Jahre nach Erscheinen dieses Grundlagenaufsatzes, kann die beschriebene Situation weitestgehend relativiert werden.

Operationalisierung und Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität

Die Operationalisierung und Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist gekennzeichnet durch zwei wesentliche Bereiche. Der erste Bereich betrifft die Differenzierung zwischen Instrumenten, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität krankheitsübergreifend erheben – sogenannte generische Instrumente. Diese Instrumente gehen auf keine krankheitsspezifischen Symptome oder Aspekte ein und sind somit auch geeignet für die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität offensichtlicher gesunder Populationen. Dem gegenüber stehen Instrumente, die die krankheitsspezifische Lebensqualität erfassen – diese sind so konstruiert, dass sie auf ganz spezifische Aspekte der jeweiligen Erkrankung abheben. Als Beispiel sei hier Asthma bronchiale (Morfeld & Wewel, 2000) oder der Schlaganfall genannt (Petersen, Morfeld & Bullinger, 2001). Zusammenfassend berichtet Bullinger, dass davon auszu-

gehen ist, dass derzeit über 1000 Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität vorliegen, wobei der Anteil der krankheitsübergreifenden Instrumente überwiegt (Bullinger, 1997b, S. 79). Der zweite Bereich betrifft eine noch relativ neue Entwicklung und setzt sich mit der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen auseinander. Dieser Aspekt soll hier nicht vertieft werden und somit sei auf die entsprechende Literatur verwiesen (Ravens-Sieberer, 2000).

In dem hier vorliegenden Untersuchungszusammenhang wurden zwei krankheitsübergreifende Instrumente eingesetzt. Dabei handelt es sich zum einen um den SF-36(12) Health Survey und zum anderen um das Nottingham Health Profile (NHP).

Der SF-36 Health Survey (Bullinger & Kirchberger, 1998; Bullinger, Kirchberger & Ware, 1995)

Der SF-36 stellt einen schriftlich auszufüllenden Fragebogen zur Selbst- und Fremdeinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Probanden bzw. durch eine weitere Person, dar. Er dient der krankheitsübergreifenden Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes von Patienten verschiedener Populationen in Bezug auf psychische, körperliche und soziale Aspekte.

Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand bildet das Konzept zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verschiedener Populationen ab. Indikatoren zur subjektiven Gesundheit wie psychisches Befinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenz werden durch das Instrument operationalisiert. Die Ergebnisse basieren auf dem Selbstbericht der Befragten (Bullinger & Kirchberger, 1998). Der Fragebogen ist als Interviewform zur Befragung der Probanden und in einer Version zur Fremdbeurteilung entwickelt worden. Es gibt eine Standardversion mit vierwöchigem Zeitbezug und eine akute Ausführung mit einem Zeitfenster von einer Woche. Der Fragebogen ist in Interviewform und als schriftliche Befragung verfügbar. Die 36 Items sind mehreren Themenbereichen und acht Dimensionen subjektiver Gesundheit zugeordnet. Sie enthalten dichotome Antworten und skalierte Antwortkategorien. Der SF-36 und auch die Kurzform SF-12 bieten als Ergebnis zwei Hauptdimensionen - die Körperliche und die Psychische Summenskala, die wiederum in acht Subskalen der subjektiven Gesundheit gegliedert sind. Die körperliche Summenskala (PHS) setzt sich aus den Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU), körperliche Rollenfunktion (KÖRO), Schmerz (SCHM) und die Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES) zusammen. Vitalität (VITA), soziale Funktionsfähigkeit (SOFU), emotionale Rollenfunktion (EMRO) und psychisches Wohlbefinden

(PSYC) sind die Subskalen für die psychische Summenskala (MHS) (Kirchberger, 2000).

Die Kurzform des SF-36 ist der SF-12-Fragebogen, von dem bislang weniger empirische Daten vorliegen. Er kommt in den gleichen klinischen und epidemiologischen Bereichen zum Einsatz. Mit den zwölf Items kann ebenfalls die körperliche und psychische Summenskala ermittelt werden, eine Profildarstellung der acht Subskalen ist jedoch nicht möglich (Kirchberger, 2000).

1994 wurde im Rahmen einer Mehrthemenbefragung die Normierung des SF-36 in Deutschland (alte und neue Bundesländer) durchgeführt. Somit bestehen Referenzwerte klinischer Patientengruppen, die nach entsprechender Stratifizierung mit anderen Werten verglichen werden können. Die Grundgesamtheit dieser Referenzpopulation stellt eine repräsentative Abbildung der bundesdeutschen Bevölkerung in Privathaushalten ab 14 Jahren dar. Die Stichprobengröße beträgt für die alten Bundesländer $n=1932$ und für die neuen Bundesländer $n=982$. Die Daten dieser Referenzstichprobe stehen als Datensatz in elektronischer Form im Manual zu Verfügung – dort können auch die wesentlichen Stichprobenkennwerte entweder selbst erzeugt oder entnommen werden. Der SF-36 wurde 1998 auch in den Bundesgesundheitsurvey des Robert-Koch-Institutes als Lebensqualitätsinstrument aufgenommen. Diese Daten stellen somit eine neue repräsentative Datenbasis für den SF-36/SF-12 dar (Radoschewski & Bellach, 1999).

Der SF-12 wurde in der Studie B eingesetzt. In Studie A kam nur eine Sub-Dimension des SF-36, der SF-1, der die mentale Verstimmung abbildet, zum Einsatz.

Das Nottingham Health Profile (NHP) (Hunt & McEwen, 1989; Kohlmann, Bullinger & Kirchberger-Blumstein, 1997)

Das Nottingham Health Profile (NHP) stellt eines der ältesten Verfahren zur standardisierten Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar (Hunt & McEwen, 1989). Es besteht insgesamt aus 38 Items, die sechs verschiedenen Dimensionen zugeordnet und in schriftlicher Form den Probanden vorgelegt werden. Das Antwortformat ist dichotom und besteht aus „ja/nein“ Antworten. Die sechs einzelnen Skalen bilden thematisch die Bereiche Energieverlust, Schmerz, emotionale Reaktion, Schlafprobleme, soziale Isolation sowie physische Mobilität ab. Jede für sich bildet den Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung ab und als Gesamtwert existiert ein Profil. Die Autoren berichten von ausreichenden psychometrischen Gütekriterien. Seit

1999 liegen für Deutschland bevölkerungsrepräsentative Normdaten vor (vgl. Kohlmann, 2000; Kohlmann et al., 1997).

Vergleich zwischen SF-36 und Nottingham Health Profile

Das NHP ist länger als der SF-36 und erfordert somit mehr Aufwand von den Probanden (36 vs. 38 Items). Zudem ist die Skalierung im NHP undifferenzierter und erlaubt lediglich eine Zustimmung (ja) bzw. eine Ablehnung (nein). Für den SF-36 kommt erschwerend hinzu, dass die Fragestellung in einigen Items aufgrund der Formulierungslänge erhebliche kognitive Leistungen der Probanden erfordert. Gleiches gilt auch für das wechselnde uneinheitliche Antwortformat (von 2 bis 6stufig).

Das NHP ist in erster Linie für Personen mit manifesten Erkrankungen entwickelt worden und fragt die dadurch entstandenen Beeinträchtigungen für insgesamt sechs Skalen ab – im Gegensatz hierzu ist der SF-36 und der daraus ableitbare und hier eingesetzte SF-12 als Kurzversion prinzipiell auch für den Einsatz bei gesunden Personen entwickelt worden. Übereinstimmung besteht für beide Verfahren in der Normierung des Wertebereiches auf das Intervall 0 - 100. Im Gegensatz zum SF-36/12 bedeutet für das NHP jedoch ein hoher Wert eine Einschränkung der selbstberichteten Lebensqualität.

Zusammenfassung

In den vorangegangenen Kapiteln wurden eine Reihe psychologischer und soziologischer Konstrukte drei aufeinander aufbauenden Ebenen zugeordnet und beschrieben. Hinter der Überlegung, diese Konstrukte drei Ebenen zuzuordnen, stand die Absicht, der bisher vorliegenden bi-kausalen Zusammenhangsanalyse der Sozialepidemiologie – also der Durchführung einfacher Kausalanalysen – eine größere Komplexität zuzukommen zu lassen. Diese Anliegen wurde vor allem dadurch motiviert, da sich auch in der Literatur die Stimmen mehren, dass der bereits seit Jahrhunderten bekannte Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit resp. Krankheit hinsichtlich angemessener Begründungszusammenhänge zu wenig reflektiert wurde (vgl. Mielck & Bloomfield, 2001). Zwar existieren eine ganze Reihe möglicher Begründungen, doch scheint der empirische Erklärungsgehalt dieser Faktoren nicht ausreichend. Im folgenden Abschnitt wird darauf näher eingegangen.

Sicherlich enthält die Konstruktion und inhaltliche Füllung gerade eines Mehrebenen Modells immer eine gewisse Beliebigkeit, doch verdichteten sich gerade für die Fragestellung nach den Begründungszusammenhängen sozialer Ungleichheit und Ge-

sundheit resp. Krankheit die Hinweise, dass eine Bearbeitung der Frage nach den Wirkungsmechanismen sozialer Ungleichheit besonders gut durch drei Ebenen abgebildet werden kann (Steinkamp, 1993, 1999).

Die erste Ebene wurde den sogenannten sozialstrukturellen Umgebungsbedingungen zugeordnet. Die soziologische Forschungskategorie beschreibt die materiellen Bedingungen, aber auch die situativen Lebensumständen in denen sich die Menschen befinden – die sogenannte Meritokratische Triade: Schulbildung, berufliche Stellung und Einkommen. Die Abbildung dieser Aspekte sozialer Ungleichheit spiegelt eine theoretische Diskussion in der Soziologie wider, die gegenwärtig in der Auseinandersetzung um neue soziale Ungleichheiten verharrt. Dieser Umstand macht es notwendig zur empirischen Abbildung sozialer Ungleichheit auf unterschiedliche Messmethoden zurückzugreifen. Dabei scheint es besonders ärgerlich, dass bei Durchsicht einer Vielzahl empirischer Untersuchungen, vor allem aus dem sozialepidemiologischen Bereich, soziale Ungleichheit relativ beliebig abgebildet wird. Somit wurde einem breiten Teil in der Darstellung verschiedenen Methoden zur Erhebung sozialer Ungleichheit gewidmet.

Steinkamp nennt sie die Ebene, „in der sich das alltägliche Leben der Menschen abspielt“. Hier wurde sie der Stringenz wegen Meso-Ebene, Ebene der psycho-sozialen Kontexte, genannt. Diese Ebene ist durch die Bedingungen zweier für unser Leben wichtiger Settings geprägt, in denen sich der Großteil unseres Lebens abspielt: Arbeit und Familie. Beide Lebensbereiche wurden in diesem Teil ausführlich beschrieben und in ihrer Bedeutung bewertet. Zusätzlich wurden die Mechanismen beschrieben, die hier auf personaler Ebene stattfinden.

In einem anschließenden Teil ist der Bedeutung von Befindlichkeit, Lebenszufriedenheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität Beachtung geschenkt worden. Ausgehend von der Kritik am biomedizinischen Paradigma, in der dem Selbstbericht des Patienten sowie seiner sozialstrukturell überformten Lebenssituation nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird und in dessen Behandlungsverlauf fast ausschließlich organisch relevante Zielkriterien gelten, wird dargestellt, welche Möglichkeiten sich in der Konstruktion der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbergen und worin die Affinität zum Gesundheitsbegriff der WHO besteht.

2.4 Befunde

In den Kapiteln 2.1 bis 2.3 wurden der theoretische Hintergrund der vorab identifizierten und festgelegten Ebenen sowie die Möglichkeiten ihrer empirischen Operationalisierung beschrieben. Bestimmte Dimensionen konnten dabei nur ausschnitthaft beleuchtet werden – eine Absicherung hinsichtlich weiterer theoretischer Implikationen wurde dann mittels Verweisen auf die entsprechende Literatur vorgenommen. Dies gilt insbesondere für die angeführten psychometrischen Verfahren. Hier wurden in den Abschnitten der Operationalisierung der drei Ebenen die Verfahren benannt, die im vorliegenden Untersuchungszusammenhang auch eingesetzt wurden.

Im vorangegangenen ersten Teil des theoretischen Hintergrundes wurde Wert darauf gelegt, an der entsprechenden Stelle auf ausgewählte Zusammenhänge zwischen den drei Ebenen zu verzichten. Es sind jedoch gerade diese Zusammenhänge, die die Evidenz der einzelnen Bereiche erst fassbar machen. Zudem liegt in der Zusammenhangsanalyse auch ein Teil der Kritik, die die Erstellung der vorliegenden Arbeit motiviert hat – nämlich eine der Komplexität „sozialer Ungleichheit und Gesundheit resp. Krankheit“ nicht gerecht werdende Begründungswissenschaft. In den folgenden vier Abschnitten wird der Abbildung 1 und den darin verzeichneten Abhängigkeitsgefügen Rechnung getragen. Der vierte Abschnitt prüft dann, ob bereits komplexe Überlegungen bestehen, alle drei vorab identifizierten Kausalitäten theoretisch in einem Modell zu begründen und ob mit dieser Absicht bereits empirische Prüfungen vorliegen (vgl. Abschnitt 2.4.4).

In Abschnitt 2.4.1 wird der Frage nachgegangen, welche Erkenntnisse hinsichtlich der Abhängigkeit von Gesundheit und Krankheit von Faktoren der sozialen Ungleichheit existieren. Dabei werden zwei Strategien verfolgt. Zum einen soll darauf eingegangen werden, welcher Maße zur Abbildung sozialer Ungleichheit sich die Sozialepidemiologie bedient und zum anderen, welche Ergebnisse es bisher zur Abhängigkeit der subjektiven Gesundheit, wie Wohlbefinden und gesundheitsbezogenen Lebensqualität von sozialer Ungleichheit es gibt. Bisher beschränkte sich die sozialepidemiologische Forschung hauptsächlich auf psychische und somatische Erkrankungen.

Einer bisher nur unzureichend beforschte Frage, nämlich ob es Anhaltspunkte dahingehend gibt, ob Faktoren der psychosozialen Kontexte sozial ungleich verteilt sind, wird in Abschnitt 2.4.2 nachgegangen. Darin wird auch Bezug darauf genommen,

welche Ergebnisse es zu den in Kapitel 2.2 Psychosoziale Lebenskontexte definierten Settings wie Arbeit und Familie gibt.

Es ist den psychosozialen Disziplinen in der Medizin, in erster Linie Gesundheits- und Medizinpsychologie, zu verdanken, dass der Einfluss psychosozialer Kontexte auf Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität überhaupt Gegenstand der Forschung geworden ist. Hierzu liegen aus Interventionsstudien Ergebnisse vor. Diese werden in einer Auswahl in Kapitel 2.4.3 vorgestellt.

Abschnitt 2.4.4 gibt das Ergebnis einer Bestandsaufnahme wieder, in der mögliche theoretische Konzepte und empirische Untersuchungen identifiziert wurden, die der Komplexität der Abhängigkeit zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit resp. Krankheit dahingehend Rechnung tragen, indem sie in ihren Annahmen von einer Multikausalität ausgehen. Hier sind es zwei theoretische Arbeiten, die sich dieser Komplexität angenommen haben und eine empirische Untersuchung, die basierend auf theoretischen Annahmen eine empirische Umsetzung gewagt hat.

2.4.1 Soziale Ungleichheit und subjektive Gesundheit

Die Frage, ob Gesundheit und Krankheit einem sogenannten sozialen Gradienten, also einer sozial ungleichen Verteilung von materiellen und immateriellen Lebenschancen, folgen, scheint beantwortet. Von daher und auch aufgrund der mehr als suffizient vorliegenden Literatur (vgl. vor allem Mielck, 2000) sollen die Ergebnisse zum Einfluss sozialer Ungleichheit auf somatische und psychische Erkrankungen nur skizziert werden.

Es sind Ergebnisse aus Großbritannien, die mit einer langen Tradition zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit aufwarten können. Im Vordergrund steht dabei eine Untersuchung, der sogenannte Black Report. Im April 1977 beauftragte das britische Sozialministerium eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Sir Douglas Black mit der Erstellung eines Gutachtens, das folgende Aufgaben bearbeiten sollte:

- Zusammenstellung aller verfügbaren Materialien, die den Gesundheitszustand differenziert nach sozialen Klassen aufzeigen und Faktoren, die diese möglicherweise bestehende Ungleichverteilung verursachen beziehungsweise begründen. Zusätzliche sollten hier Daten – wenn verfügbar – aus anderen Industriestaaten hinzugezogen werden.
- In einem zweiten Schritt sollte das vorliegende Material dahingehend gereiht werden, worin die wesentlichen kausalen Beziehungen zwischen sozialer Ungleichheit und Sterblichkeit bestehen und welche Implikationen die ermittelten Ergebnisse für die Politik haben.
- Abgeschlossen werden sollte dieses Gutachten („Black Report“) mit einer Darstellung zukünftiger Forschungsaufgaben (Townsend, Davidson & Whitehead, 1992).

Der Bericht wurde 1980 der dann amtierenden konservativen Regierung unter Margaret Thatcher übergeben („A frosty reception“). Dabei wird bereits auf den ersten Seiten des Berichts auf die Essenz der Ergebnisse eingegangen und berichtet, dass bei einer Übertragung der Mortalitätsraten der obersten Klassen I (professional workers and members of their families) auf die untersten Klassen IV und V (partly skilled and unskilled manual workers and members of their families) zwischen 1970 und 1972 74.000 Leben von Personen unter 75 Jahren nicht verloren gegangen wären. Dies betrifft näherungsweise 10.000 Kinder und 32.000 Männer im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Townsend et al., 1992, S. 2).

An dieser Untersuchung erwähnenswert ist eine intensive Auseinandersetzung mit der Angemessenheit der in Großbritannien gebräuchlichen Klasseneinteilung. Diese vom Registrar General – vergleichbar mit dem Statistischen Bundesamt in Deutschland und ebenso eine Regierungsbehörde – zugrunde gelegte Klassifikation sozialer Klassen besteht aus sechs Einteilungen (Townsend et al., 1992, S. 40):

- (I⁷) Professional (for example accountant, doctor, lawyer)
- (II) Intermediate (for example manager, nurse, schoolteacher)
- (IIIN) Skilled non-manual (for example clerical worker, secretary, shop assistant)
- (IIIM) Partly skilled (for example bus driver, butcher, carpenter, coal face worker)
- (IV) Partly skilled (for example agricultural worker, bus conductor, postman)
- (V) Unskilled (for example cleaner, dock worker, labourer)

Townsend et al. setzen sich hier intensiv mit der Angemessenheit dieser Klassifikation auseinander und kritisieren die einfache Übertragung des Berufes des Mannes als das entscheidende Kriterium auf den entsprechenden Status der Frau. Weitere As-

⁷ In Klammern die offizielle Bezeichnung des Registrar General

pekte betreffen die Erweiterung des Begriffes „Einkommen“ auf „Ressourcen“, wobei hierunter auch Transferleistungen des Sozialsystems und Grundbesitz subsumiert werden müssen. Nach Vergleich von drei öffentlichen regelmäßig durchgeführten Surveys besteht die Forderung der Autoren nach einer einheitlichen und aufeinander abgestimmten Erhebung von Indikatoren sozialer Ungleichheit: „We recommend that the General Household Survey Steps should be taken (not necessarily in every year) to develop a more comprehensive measure of income, or command over resources (...)“ (Townsend et al., 1992, S. 41). Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse des Black Reports erläutert.

Zur Darstellung der klassenspezifischen Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Großbritanniens wurden die Mortalitätsraten herangezogen. Dabei zeigt sich, dass die Mortalität invers zum Berufsstatus steigt – dies gilt für Männer und Frauen wie auch für alle Altersgruppen. Zum Beispiel sterben bei der Geburt doppelt so viele Babys von Eltern der Klasse Unskilled Manual (V) als in der Klasse Professionals (I) – in den ersten elf Monaten des Lebens sterben fast dreimal so viel Jungen und mehr als dreimal so viele Mädchen gegenüber der Klasse I. Insgesamt kann dieser soziale Gradient (class gradient) für fast alle Todesursachen über die Geschlechter hinweg angenommen werden (Townsend et al., 1992, S. 56).

Welche Erklärungen bieten sich nun nach Ansicht der Autoren des Black Reports für diese gravierenden Wirkungen eines sozialen Gradienten auf die Mortalität an? Hier werden die folgenden vier Kategorien diskutiert:

- Erklärung durch Artefakte
- Theorien natürlicher oder sozialer Selektion
- materialistische oder strukturalistische Erklärungen
- kulturelle bzw. Lebensstil Erklärungen (Townsend et al., 1992, S. 104ff.)

Diese Begründungsstrategien werden im Kapitel 2.4.4 aufgegriffen und erläutert. Insgesamt schließen die Autoren das Gutachten mit einer Reihe von Empfehlungen ab, die die zukünftige Forschung auf diesem Gebiet betreffen, und entwickeln darüber hinaus politische Strategien, wie zukünftig mit dem extremen Ungleichgewicht zwischen oberen und unteren sozialen Klassen hinsichtlich Morbidität und Mortalität umgegangen werden soll (Townsend et al., 1992, S. 165ff.).

Eine ebenfalls britische Tradition stellen die Analysen dar, die unter *Whitehall Studies* in der Literatur bekannt sind und mit dem Namen *Michael Marmot* verbunden sind.

Zwischen 1967 und 1969 wurden insgesamt 17.530 britische Zivilangestellte der Stadt London in eine Untersuchung einbezogen, um die Sterblichkeitsrisiken bei koronaren Herzerkrankungen nach Angestelltenstatus zu untersuchen. Die Probanden waren ausschließlich männlich. Die Angestellten wurden fünf verschiedenen Statusgruppen zugeteilt: administrative, professional, executive, clerical und other, wobei in den publizierten Auswertungen professional und executive zusammengefasst wurden (Marmot, Shipley & Rose, 1984; Marmot, Rose, Shipley & Hamilton, 1978). Die Erhebungsinstrumente bestanden aus einem selbstentwickelten Fragebogen zu kardiovaskulären Erkrankungen und standardisierten Fragen zu Rauchgewohnheiten, respiratorischen Symptomen, medizinischer Behandlung und Freizeitaktivitäten. Für über 99% der Probanden konnten medizinische Daten wie Blutdruck, EKG, Cholesterin, Blutzucker sowie Größe und Gewicht erhoben werden. Die Todesbescheinigungen für die Männer, die während des Untersuchungszeitraumes starben, wurden zentral vom „Office of Population Census and Surveys“ aufbereitet und zur Verfügung gestellt.

Im Jahre 1978 wurden die ersten längsschnittlich erhobenen Daten für einen Untersuchungszeitraum von siebeneinhalb Jahren publiziert (vgl. Marmot et al., 1978). Innerhalb dieses Zeitraumes starben 1086 Männer – darunter befanden sich 462, die nach der ICD-9 Klassifikation (410-414) durch koronare Herzkrankheiten starben.

Die alterskontrollierte Analyse mittels multipler logistischer Regression zeigt ein deutlich erhöhtes Risiko für die unterste Statusgruppe an koronaren Herzerkrankungen zu sterben, im Vergleich zur höchsten Statusgruppe („the lower the grade, the higher the risk“ [Marmot et al., 1978, S. 245]). Zusammengefasst haben die Männer der untersten Statusgruppe („others“) eine 3.6fach höhere Mortalitätsrate als die in der höchsten Statusgruppe („administrative“). Die dezidierte Analyse der für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannten Risikofaktoren zeigte eine deutlich negative Assoziation zwischen Angestelltenstatus und systolischem Blutdruck – bei der Überprüfung des Plasma Cholesterols zeigte sich die Assoziation umgekehrt („the higher the grade, the higher the plasma cholesterol“ [Marmot et al., 1978, S. 245]). Der Vergleich von aktuellen Rauchern zeigte im Vergleich von „administratives“ (28.8%) und „others“ (60.9%) einen deutlichen Hinweis auf einen sozialen Gradienten im gesundheitsbezogenen Risikoverhalten. Ein mehr als interessantes Resultat zeigte sich bei der Überprüfung der Relation von Gewicht zu Größe: In den unteren Statusgruppen gab es sowohl mehr Männer, die zu schwer, aber auch mehr Männer, die zu leicht für ihre Körpergröße waren, als Männer in den oberen Statusgruppen. Besonders stach bei diesen Auswertungen hervor, dass die Männer der untersten Statusgruppen im Mittel fünf Zentimeter kleiner waren als die in der oberen Statusgruppe – dieses Ergebnis verdient auch

deshalb Aufmerksamkeit, da sich herausstellte, dass kleinere Männer ein höheres Sterblichkeitsrisiko für koronare Herzkrankheiten haben als größere. Dieses Ergebnis zeigt sich in einer multivariaten Analyse unabhängig von anderen Risikofaktoren, die Statusposition eingeschlossen.

Auch die Abfrage der körperlichen Aktivitäten während der Freizeit zeigt, dass Männer der oberen Statusgruppen mehr Aktivitäten hatten als Männer der unteren Statusgruppen – obwohl diese Ergebnisse darauf kontrolliert wurden, ob die Berufstätigkeit eine körperliche Anstrengung erfordert.

Die Zusammenschau dieser Ergebnisse legt nahe, dass in einer multivariaten Analyse, in der alle erhobenen Risikofaktoren einbezogen wurden, die Unterschiede zwischen den Statusgruppen hinsichtlich der Sterblichkeit bei koronaren Herzerkrankungen verschwinden oder zumindest angeglichen werden können. Legt man das Risiko der obersten Statusgruppe als Basis mit 1.0 zugrunde, besteht nach Einbeziehung aller Risikofaktoren nach wie vor noch ein Gefälle zu Ungunsten der untersten Statusgruppe (professionals/executives 2.1; clericals 3.2; others 4.0). Die Analyse zeigte dabei, dass trotz Aufnahme einer ganzen Reihe von Risikofaktoren annähernd 60% der Sterblichkeitsrisiken zwischen den Statusgruppen nicht erklärt werden konnte (Marmot et al., 1978, S. 246).

Diese Ergebnisse haben die Autoren dazu bewogen, über mögliche konfundierende Effekte nachzudenken und diese zu überprüfen. Die Annahme einer möglichen Prä-Selektion bereits gefährdeter Männer stand dabei im Vordergrund. Nach Ausschluss dieser Männer bleiben die vorab ermittelten Ergebnisse jedoch stabil – dies gilt auch nach Kontrolle des Ereignisses „Herzerkrankung bei Eintritt in die Studie“ (Marmot et al., 1978, S. 246f.).

Als zusammenfassendes Ergebnis bleibt festzuhalten, dass ein sozialer Gradient beim Sterblichkeitsrisiko durch koronare Herzerkrankungen besteht. Dies gilt auch, wenn auf eine ganze Reihe schichtspezifischer Risikofaktoren kontrolliert wird. Die These, dass es zu einer Selbstselektion von bereits erkrankten Männern gekommen ist, konnte empirisch nicht bestätigt werden.

Auch nach dem zehnjährigen follow-up bestätigten sich die bereits nach siebeneinhalb Jahren gefundenen Ergebnisse und es konnten zudem noch eine ganze Reihe weiterer Annahmen überprüft werden. So zeigte beispielsweise eine todesartenspezifische Analyse, dass die Sterblichkeit durch Lungenkrebs zwar mit dem Rauchverhalten

assoziiert ist, jedoch nur einen geringeren als ursprünglich angenommenen Anteil erklärt (Marmot et al., 1984, S. 1004).

Diese unter dem Namen Whitehall Studies bekannt gewordenen Untersuchungen britischer Zivilangestellter wurden in der Zwischenzeit ein zweites Mal unter dem Namen Whitehall II wieder aufgelegt (Marmot, 1993, S. 272). In dieser zweiten Untersuchung wurden 10.314 Männer und diesmal auch Frauen (n=3.414; 33.1%) untersucht. In Whitehall II wurden insgesamt sechs Angestelltenkategorien unterschieden. Auch für diese Population konnte der sogenannte Gradient für alle untersuchten Erkrankungen nachgezeichnet werden. Besonders interessant erscheinen dabei die Ergebnisse im Vergleich der beiden Kohorten: Insgesamt sind die Prävalenzraten und die Anteile auffälliger Untersuchungsergebnisse wie beispielsweise EKG und Anteil der Raucher zurückgegangen – die relativen Abstände zwischen der untersten und der obersten Statusgruppe haben sich jedoch vergrößert (Marmot, 1993, S. 272f.).

Diese hier besonders für Großbritannien dargestellten sozialen Unterschiede für Sterblichkeitsrisiken reihen sich nahtlos in eine weltweite Untersuchungstradition von sozialer Ungleichheit und Krankheit ein. Deutlich wird dabei, dass dieser soziale Gradient vor allem für somatische Erkrankungen nachweisbar ist.

Diese soziale Verursachung von Erkrankungsrisiken kann jedoch auch für eine ganze Reihe **psychischer Erkrankungen** dargestellt werden. Eine Untersuchung von psychischen Störungen und ihrer Assoziation zu lebensverändernden Ereignissen bei Frauen findet sich bei Brown et al. (Brown & Birley, 1972; Brown, Ni Bhrolchain & Harris, 1980), die aufzeigen konnten, dass Frauen aus unteren sozialen Schichten nicht nur vermehrt von lebensverändernden Ereignissen betroffen sind, sondern diese bei ihnen auch vermehrt zu psychischen Störungen führen können.

In einer Untersuchung mit längsschnittlichem Design zeigte eine kanadische Studie (Murphy et al., 1991), dass Depression in unteren sozialen Lagen vermehrt nachgewiesen werden konnte. Dies zeigte sich auch im Zeitverlauf von 16 Jahren – die Prävalenz von Depression in der untersuchten Region (n 1952 = 1002; n 1970 = 789) betrug näherungsweise 5.1% (1958) bzw. 5.4% (1968) – die ausschließlich für die untere soziale Lage betrachtete näherungsweise 11%. Ergebnis dieser Untersuchung ist es, dass eine „Abwärtsmobilität“ bis hin zur Armut das Risiko für das Entwickeln einer Depression deutlich erhöht (Murphy et al., 1991, S. 227f.).

Eine der bekanntesten Untersuchungen zum Thema psychische Erkrankung und deren Verteilung nach sozialen Faktoren ist die von Hollingshead und Redlich aus dem

Jahre 1958 (Hollingshead & Redlich, 1958). Unter dem Titel *Social Class and Mental Illness. A Community Study* stellten die Untersucher folgende Hypothesen in den Vordergrund ihrer Studie:

- Die Prävalenz behandelter psychischer Störungen ist signifikant mit der Position der Individuen in der Klassenstruktur⁸ verbunden.
- Die Typen psychischer Störungen sind ebenfalls signifikant mit der Klassenstruktur verbunden.
- Die Art der psychiatrischen Behandlung durch den Psychiater ist mit der Position des Patienten in der Klassenstruktur verbunden.
- Soziale und psychodynamische Faktoren in der Entwicklung der psychiatrischen Erkrankung korrelieren mit der individuellen Position des Patienten in der Klassenstruktur.
- Eine Mobilität innerhalb der Klassenstruktur ist ebenfalls mit der Entwicklung von psychiatrischen Veränderungen verbunden („associated with the development of psychiatric disorders“) (Hollingshead & Redlich, 1958, S. 11).

Die Datenerhebung wurde dabei gemäß den originären Fragestellungen in folgende Bereiche unterteilt: Anzahl der Patienten, die in psychiatrischer Behandlung sind, eine Abschätzung über die Zusammensetzung der Sozialstruktur der Untersuchungsregion (New Haven, Connecticut), Einordnung der Patienten und der Kontrollpopulation in eine Klassenstruktur (Entwicklung eines Indexes; sechs Klassen = I – höchste Statusposition; V – niedrigste Statusposition; zur inhaltlichen Zusammensetzung siehe (Hollingshead & Redlich, 1958, S. 69ff. und vgl. Tabelle 4), Zusammenstellung detaillierter Informationen über die Psychiatriepraxis sowie die Planung und Zusammenstellung einer klinischen Fall-Kontroll-Studie (Hollingshead & Redlich, 1958, S. 18). Erwähnenswert ist hier die Entwicklung eines Ungleichheitsmaßes zur Fixierung der Klassenstruktur (vgl. Kapitel 2.1), auf das auch heute noch zurückgegriffen wird (Mollica & Milic, 1986). Auch die dezidiert durchgeführte Sozialstrukturanalyse aus historischer Perspektive für die Untersuchungsregion New Haven muss als Beispiel für die adäquate Beschreibung einer Sozialstruktur gelten (Hollingshead & Redlich, 1958, S. 47ff.).

Zu den wesentlichen Ergebnissen dieser sehr sorgfältig geplanten und ausgewerteten Studie gehört die Erkenntnis, dass, wenn bei einer Person die Entscheidung für eine psychiatrische Behandlung gefallen (implementation of a decision) ist, diese von der sozialen Klasse abhängig ist, aus der die jeweilige Person stammt. Personen unterer

⁸ Im Original „class structure“ (Hollingshead & Redlich, 1958, S. 11)

sozialer Klassen tendieren eher nicht dazu, sich aufgrund abweichenden Verhaltens psychiatrisch behandeln zu lassen (Hollingshead & Redlich, 1958, S. 192). Hervorgehoben wird von den Autoren dabei, dass eine Unterversorgung durch niedergelassene Psychiater besteht und es von denen nur wenige gibt, die auch für weniger als den üblichen Behandlungskosten Patienten behandeln und darüber hinaus bereit sind, diese in entsprechende stationäre Einrichtungen einzuweisen. Hinsichtlich der Vermutung eines sozialen Gradienten legen die Autoren eine schrittweise Analyse zur Identifikation von möglicherweise vorliegenden konfundierenden Einflüssen vor, die auch gleichzeitig die Zusammenfassung der Ergebnisse darstellen:

- Es gibt eine klare Assoziation zwischen sozialer Klasse und psychiatrischem Patienten.
- Je niedriger die Klasse, desto größer ist der Anteil von Patienten in dieser Population.
- Die größte Differenz besteht zwischen den Klassen IV und V, in Klasse V existiert ein wesentlich höherer Anteil von Patienten entsprechend der Populationsgröße als in Klasse IV.

Um die Vermutung zu begründen, dass die strenge Assoziation zwischen sozialer Klasse und psychiatrischer Erkrankung nur durch diese Verbindung hergestellt wird und durch keine anderen Faktoren, wurde der Einfluss der Variablen Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit, Religion und Familienstand kontrolliert. Wurde der Einfluss dieser Variablen konstant gehalten, bestand der Zusammenhang zwischen sozialer Position und psychiatrischer Erkrankung nach wie vor. Dies bestätigte sich auch, wenn zwei Faktoren konstant gehalten wurden – dies jedoch mit einer Ausnahme: „No significant difference was found between mental disorder and class position for individuals aged 15 through 24“ (Hollingshead & Redlich, 1958, S. 217). Auch die Kontrolle weiterer Faktoren und die Betrachtung unterschiedlicher Behandlungssettings zeigte den sozialen Gradienten für soziale Klasse und psychiatrische Erkrankung.

Bei der hier vorgelegten Arbeit handelt es sich um einen der am deutlichsten herausgearbeiteten Nachweise eines sozialen Gradienten für psychische Erkrankungen. Ein vergleichbarer Studienansatz wurde 25 Jahre später von Schülern der Arbeitsgruppe Hollingshead/Redlich vorgelegt (vgl. Mollica & Milic, 1986). Die hier vorgelegten Ergebnisse beziehen sich dabei auf die klassenspezifische Versorgung psychiatrischer Patienten und belegen auch hier die Existenz eines sozialen Gradienten (Mollica & Milic, 1986, S. 109).

Kritische Meta-Analysen zu dieser Thematik finden sich auch bei Kohn (Kohn, 1972, 1976), der die Diskussion um eine ökologische Mitbedingtheit psychischer Erkrankung

analysiert. Hier steht der methodische Ansatz, dass eine Wechselwirkung zwischen sozialer Lage und Wohnumfeld bzw. -bedingung ursächlich für die Entstehung psychischer Erkrankungen ist, im Vordergrund. Diese Forschung findet ihren Niederschlag auch in den Arbeiten des Sonderforschungsbereiches 115, die bei Angermeyer zusammengefasst vorliegen (Angermeyer, 1987).

Darüber hinaus sollen noch zwei neuere Arbeiten zur Existenz eines sozialen Gradienten bei der Entstehung psychischer Erkrankungen erwähnt werden.

Jayakody et al. untersuchten bei einer großen Stichprobe des National Comorbidity Surveys in den USA die Prävalenz psychischer Erkrankungen. In dieser Arbeit wird auf die Folgen einer psychischen Erkrankung eingegangen. Dabei zeigt sich, dass untere soziale Lagen nicht nur ein erhöhtes Risiko psychischer Erkrankungen haben, sondern auch zusätzlich von den Folgen (z. B. Arbeitslosigkeit) besonders betroffen sind (Jayakody, Danziger & Kessler, 1998).

Eine weitere Arbeit aus Großbritannien setzt sich mit der Einkommensabhängigkeit psychischer Erkrankungen auseinander. Dabei zeigte sich, dass auch bei der singulären Betrachtung des Einkommens die Abhängigkeit psychischer Erkrankungen festgestellt werden kann, diese jedoch keinen linearen Verlauf zeigt und eine regionale Bedeutung vor allem dann, wenn besonders ausgeprägte Einkommensdifferenzen bestehen, nahe legt (vgl. Weich, Lewis & Jenkins, 2001).

Forschung zum Thema „Soziale Ungleichheit und Krankheit“ in der Bundesrepublik

Für die Bundesrepublik muss die Diskussion um die systematische Analyse zum Thema „Soziale Ungleichheit und Krankheit“ als weniger systematisch eingeschätzt werden – anders als dies beispielsweise in den USA oder im westlichen europäischen Ausland der Fall ist. Hier war es Rudolf Virchow, der Mitte des 19. Jahrhunderts erste sozialepidemiologische Untersuchungen durchführte und – ganz im Sinne eines modernen Public-Health-Verständnisses – politische Forderungen aus seinen Ergebnissen ableitete. So schrieb er schon 1849 „Dieses Volk ahnte nicht, dass die geistige und materielle Verarmung, in welche man es hatte sinken lassen, zum großen Theil die Ursachen des Hungers und der Krankheit waren, und dass die ungünstigen Witterungsverhältnisse, welche das Mißrathen seiner Erndten und die Erkrankung seiner Körper mit bedingt hatte, eine so schreckliche Noth nicht erzeugt haben würde, wenn es frei, gebildet und wohlhabend gewesen wäre“ (Virchow, 1968, S. 221).

Die sozialepidemiologische Entwicklung in Deutschland wurde durch die Machtübernahme durch die Nationalsozialisten 1933 unterbrochen. Während der nationalsozialistischen Herrschaft kam der ursprünglichen Bedeutung von Bevölkerungs- und Sozialmedizin eine andere Bedeutung zu. Auch nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges entwickelte sich nur langsam eine Bewegung, die in die Nähe eines modernen Verständnis von Gesundheitswissenschaften zu rücken ist (vgl. Hurrelmann & Laaser, 1993, S. VII). Erst mit der Wiedereinsetzung einer Public-Health-Entwicklung in Deutschland zu Beginn der neunziger Jahre rückte auch das Themenfeld der Sozial-epidemiologie und hier ganz besonders das der „Sozialen Ungleichheit und Krankheit“ wieder mehr in das Bewusstsein der Wissenschaften (Mielck, 1994).

Jedoch ist auch bis zum heutigen Zeitpunkt die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Soziale Ungleichheit und Krankheit“ in Deutschland eher ein Randgebiet der Sozialepidemiologie. Lediglich einige wenige Arbeiten haben sich im deutschsprachigen Raum mit dieser Thematik auseinandergesetzt. Trotzdem kann davon ausgegangen werden, dass die gegenwärtige Entwicklung für eine verstärkte Thematisierung in Zukunft spricht. So ist auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention 1998 eine Arbeitsgruppe Sozialepidemiologie in der DGSMP gegründet worden. Bisher ist auf diesem Gebiet eine verstärkte Aktivität zu beobachten, was sich auch in einer verstärkten Publikationsaktivität ausdrückt (Mielck, 2000; Mielck & Bloomfield, 2001). Aufgrund dieser Umstände werden im Folgenden lediglich exemplarisch Arbeiten mit in erster Linie epidemiologischem Charakter vorgestellt. Eine Übersicht der deutschen Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Sozialepidemiologie findet sich bei Mielck (Mielck, 2000).

Im Mittelpunkt der Entwicklungen stehen die Arbeiten, die auf Basis der Deutschen Gesundheitssurveys und der sogenannten Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) entstanden sind (Forschungsverbund DHP, 1998). Diese sind unter dem Titel „Nationale Gesundheitssurveys“ in den Jahren 1984/86, 1987/89, 1990/91 als repräsentative Gesundheitserhebungen in den alten Bundesländern bei der erwachsenen deutschen Wohnbevölkerung im Alter zwischen 25 und 69 Jahren durchgeführt und vom Bundesministerium für Forschung und Technologie finanziert worden. Fast parallel zum 1990/91 erhobenen Survey konnten auch 1991/92 erstmals in den neuen Bundesländern derartige Erhebungen durchgeführt werden (vgl. Bellach, 1996).

In Fortführung zum 1991 durchgeführten Bundesgesundheitsurvey wurde von Oktober 1997 bis März 1999 der erste gesamtdeutsche Survey erhoben (vgl. Bellach,

1996). Im Rahmen einer ersten Auswertung wurde auch die Prüfung eines sozialen Gradienten thematisiert (Knopf et al., 1999). Unter Verwendung des weiter oben beschriebenen Scheuch-Winkler-Index, kann davon ausgegangen werden, dass es während der letzten Jahre zu einer Angleichung in der Sozialstruktur zwischen den neuen und den alten Bundesländern gekommen ist. Dies drückt sich durch eine Abnahme der Unterschicht in den neuen Bundesländern zu Gunsten einer Zunahme von Mittel- und Oberschicht aus. Hervorzuheben ist dabei jedoch, dass Frauen seltener als Männer zur Oberschicht gehören. Die folgende Abbildung 3 verdeutlicht die hier skizzierten Veränderungen (nach Knopf et al., 1999, S. S171).

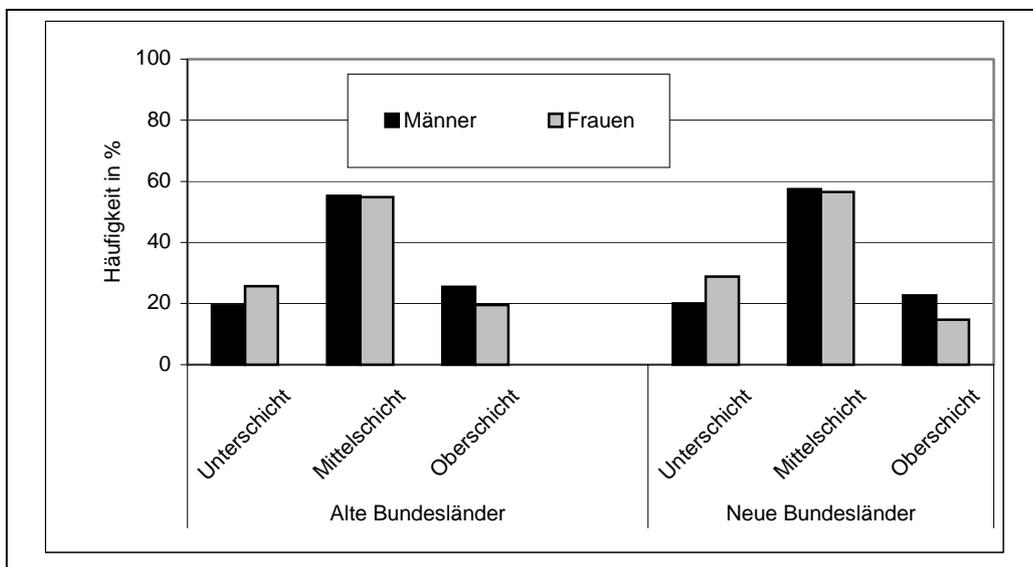


Abbildung 3 Sozialschichtspezifische Verteilung von Männern und Frauen in den alten und neuen Bundesländern - Bundesgesundheitsurvey 1997/99

Für die Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht und mangelnde körperliche Aktivität zeigte sich ein sozialer Gradient, der besonders evident beim Übergewicht – ein erhöhtes Risiko⁹ bei Männern (OR: 1.7) und bei Frauen (OR: 3.0) – sowie bei der körperlichen Aktivität - ein erhöhtes Risiko bei Männern (OR: 2.2) und bei Frauen (OR: 2.5) – ist. Hinsichtlich der Morbidität und der Beschwerdelast (vgl. die Beschwerdeliste

⁹ Das Kürzel OR bezeichnet die sogenannte Odds ratio. Hierunter ist das Verhältnis der Wahrscheinlichkeit der Exposition bei den Fällen zur Wahrscheinlichkeit der Exposition bei den Kontrollen zu verstehen (Beaglehole, Bonita & Kjellström, 1997, S. 62).

von von Zerssen) können die Ergebnisse für die Gesundheit der Deutschen im Überblick wie folgt dargestellt werden:

- ein deutlich höheres Risiko der Männer der Unterschicht, einen insulinpflichtigen Diabetes Mellitus zu entwickeln (OR: 2.2; CI: 1.3-3.8) – für Frauen auch erhöht, aber nicht signifikant
- ein deutlich höheres Risiko der Männer der Unterschicht, eine chronische Bronchitis zu entwickeln (OR: 2.4; CI: 1.1- 5.5) – für Frauen ebenfalls erhöht mit einem OR von ebenfalls 2.4; CI: 1.0 - 5.7, Kontrollvariablen waren Alter, Ost-West Einfluss und die Anzahl gerauchter Zigaretten

Die Prüfung einer schichtspezifischen Beschwerdelast – vgl. Kapitel 2.2 – mittels der Beschwerdeliste von v. Zerssen (von Zerssen, 1976) zeigte ebenfalls einen sozialen Gradienten. Demnach liegt das Beschwerdeniveau der Oberschicht deutlich unter dem der Unterschicht. Hervorzuheben ist, dass über eine Vielzahl von erhobenen Medikamenten eine deutliche sozialschichtspezifische Differenz in der regelmäßigen Einnahme zu verzeichnen ist. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede dergestalt, dass es Absolventen mit einer hohen Schulbildung sind, die Medikamente weniger regelmäßig einnehmen (Knopf et al., 1999, S. S175) – dieses Ergebnis gilt für beide Geschlechter.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch die regelmäßig durchgeführten Surveys zur Gesundheit in Deutschland erstmals längsschnittliche Vergleichsdaten vorliegen. Hervorzuheben ist hier die differenzierte Betrachtung sozialer Statusmaße bei der Analyse von Morbidität und Mortalität. Innerhalb der sozialschichtspezifischen Analysen werden die Ergebnisse zwischen den sozialen Schichten zwar deutlich betont – ihre Interpretation sollte dabei jedoch zurückhaltend erfolgen, da nach wie vor Querschnittsdaten zugrunde gelegt werden und über die Zeit nur ein Aggregatvergleich möglich ist (Knopf et al., 1999, S. S177).

In einer Zusammenschau der ersten drei nationalen Untersuchungssurveys (1984-1986; 1987-1988; 1990-1991) für Deutschland zeigen Helmert et al. (Helmert, Shea & Maschewsky-Schneider, 1995), dass die Prävalenz von Herz-Kreislaufkrankungen einem sozialen Gradienten folgt. Dies gilt insbesondere für die Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Rauchen und Übergewicht. Die Verteilung für diese Merkmale ist auch über einen Untersuchungszeitraum von sieben Jahren außerordentlich stabil. Abweichend hiervon müssen das Zigarettenrauchen bei Frauen und Hypertension bei Männern genannt werden, die über die Untersuchungsperiode hinweg angestiegen sind (Helmert, Shea & Maschewsky-Schneider, 1995, S. 106f.). Diese Ergebnisse legen

nahe, eine Betrachtung des schichtspezifischen Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vorzunehmen.

Soziale Ungleichheit und Gesundheitsverhalten

In der zwischen 1984 und 1986 durchgeführten Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) wurden in insgesamt fünf Interventionsregionen repräsentative Stichproben von 2.700 Männern und Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit im Alter von 25 bis 69 Jahren erhoben (vgl. Forschungsverbund DHP, 1998). Insgesamt betrug die auswertbare Stichprobengröße 11.527 Personen (Beteiligungsrate = 74%).

Dabei wurden alle Teilnehmer medizinisch untersucht. Die erhobenen Parameter umfassen Körpergröße und -gewicht, zweimalige Blutdruckmessung, Puls, Gesamtcholesterin im Serum, HDL-Cholesterin sowie Thiocyanat. Die über Fragebogen abgefragten Selbstangaben der Probanden bestanden aus soziodemografischen Angaben, eine Food-Frequency-Liste, Rauchverhalten, Merkmalen zur Arbeitssituation und Berufstätigkeit, Bortner-Skala, Rose-Angina-Questionnaire, Zerssen-Symptom-Fragebogen, medizinischer Kurzanamnese sowie Fragen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (Helmert & Greiser, 1988, S. 234). Hauptfragestellung der DHP war es zu prüfen, „ob es möglich ist, durch gemeindeorientierte Interventionsmaßnahmen die Sterblichkeit an koronaren Herzkrankheiten und Schlaganfall um 8% in den Interventionsregionen gegenüber der Referenzregion zu senken“ (Helmert & Greiser, 1988, S. 237f.). Diese Fragestellungen können an dieser Stelle nicht beantwortet werden – deutlich machten jedoch die während der Baseline-Erhebung ermittelten Ergebnisse, dass die Risikofaktoren Zigarettenrauchen und Übergewicht deutlich schichtabhängig sind. Dieser Umstand traf für die Faktoren Bluthochdruck und die Hypercholesterinämie nicht zu (vgl. Helmert & Greiser, 1988, S. 238).

Nach Angaben der Autoren harmoniert dieses Ergebnis auch mit Resultaten aus der sogenannten MONICA-Untersuchung. Ziel dieser Untersuchung war, „die Analyse des Verlaufs der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität in definierten Populationen in Europa, Nordamerika, Asien, Australien und Neuseeland und die gleichzeitige Untersuchung von Veränderungen kardiovaskulärer Risikofaktoren in diesen Populationen im Verlauf von 10 Jahren“ (Härtel, Stieber & Keil, 1993, S. 133). In dieser Untersuchung wurde auf die Bildung eines Indexes, gebildet aus Ausbildung und beruflicher Stellung, bewusst verzichtet, um den Einfluss jedes der beiden Statusmerkmale für sich zu untersuchen. Ergebnis war hier, dass Ausbildung und Beruf einen signifikanten Einfluss auf Häufigkeit und Veränderung bei Zigarettenrauchen und Alkoholkon-

sum haben. Grundsätzlich sind hier jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen, dergestalt, dass Frauen im Durchschnitt weniger Alkohol trinken als Männer. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass Frauen der höchsten Bildungsschicht zu den beiden erhobenen Untersuchungszeitpunkten signifikant mehr Alkohol tranken als diejenigen der unteren Ausbildungsschicht. Bei den Männern sank mit steigender Ausbildungsschicht der Alkoholkonsum (Härtel et al., 1993, S. 138). Eine neue Arbeit aus Kanada hat unter Verwendung der Daten des Kanadischen National Population Health Survey (NPHS) bei 11.941 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren untersucht, ob der Einfluss des Gesundheitsverhaltens auf die selbstberichtete Gesundheit durch die Höhe des Einkommens moderiert wird. Dabei zeigte sich, dass unter Verwendung aufwendiger methodischer Verfahren – hierarchische multiple Regression – die Höhe des Einkommens keinen Einfluss auf die Beziehung zwischen Gesundheitsverhalten und die selbstberichtete Gesundheit hat (vgl. Williamson, 2000).

Soziale Ungleichheit – Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Versorgung kranker Menschen

Es existieren nur wenige Daten hinsichtlich der Fragestellung, ob untere soziale Lagen weniger medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen oder ob eine verstärkte medizinische Intervention auf Gemeindebasis dazu beitragen kann, soziale Ungleichheit zu verringern. Im Folgenden werden exemplarisch Ergebnisse zu dieser Thematik angeführt, um zu verdeutlichen, dass auch hier ein sozialer Gradient besteht.

So zeigt beispielsweise eine auf Gemeindeebene durchgeführte Interventionsstudie von Manson-Siddle und Robinson, wie zum einen eine dezidierte Analyse der Versorgungssituation bei koronaren Herz-Kreislaufkrankungen aussehen sollte und wie durch eine gezielte Intervention die soziale Ungleichheit in der medizinischen Versorgung reduziert werden kann (vgl. Manson-Siddle & Robinson, 1999).

In einer eigenen Untersuchung wurde in einer Re-Analyse bei 3.021 LVA Versicherten der Frage nachgegangen, ob es schichtspezifische Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen gibt. Die Ergebnisse zeigten, dass es keine Unterschiede zu Ungunsten unterer sozialer Lagen gab. Obwohl eine selbstberichtete Bedürftigkeit existierte, eine Maßnahme in Anspruch zu nehmen, waren vor allem wirtschaftliche und berufliche Umstände der Grund dafür, auf eine rehabilitative Maßnahme zu verzichten (Bürger & Morfeld, 1999).

Mühlhauser et al. untersuchten, ob es Unterschiede in der Versorgung des Diabetes mellitus Typ I zwischen unterschiedlichen sozialen Lagen gibt. Dabei verwendeten sie einen an den Scheuch/Winkler-Index angelehnten additiven Index zur Erfassung der sozialen Ungleichheit. Im Gegensatz zum weiter oben vorgestellten Instrument wurde in dieser Untersuchung die drei Dimensionen Schulbildung, berufliche Stellung und Haushaltseinkommen von 0-8 codiert, so dass ein differenzierteres Instrument mit dem Wertebereich 0-24 entstand. Dabei ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei Geschlecht und Body-Mass-Index zwischen den sozialen Lagen. Hinsichtlich der Entwicklung einer Ketoazidosis zeigte sich hingegen ein deutlicher sozialer Gradient zu Ungunsten der unteren sozialen Lage. Ein Zusammenhang bestand auch zwischen der Anzahl der täglichen Insulininjektionen und der sozialen Lage – keine Unterschiede ergaben sich jedoch hinsichtlich der adäquaten Selbstkontrolle beispielsweise beim metabolischen Monitoring. Anders sieht es beim eigenen Wissen hinsichtlich des HbA1/HbA1c-Messens aus – hier waren Patienten der oberen sozialen Lage weitaus besser informiert. Dieser soziale Gradient bestand auch hinsichtlich der Teilnahme an Diabetiker-Schulungen – daran nahmen Patienten der oberen sozialen Lage häufiger teil. Auch in dieser Untersuchung zeigte sich, dass Patienten der oberen sozialen Lage weniger rauchten. Die Autoren fassen ihre Erkenntnisse hinsichtlich der medizinischen Behandlung dahingehend zusammen, dass Diabetiker unterer sozialer Lagen weniger effektiv auf medizinische Behandlung reagieren, wobei es keine Hinweise gibt, dass die grundsätzliche Versorgungssituation insbesondere für Diabetiker unterer sozialer Lagen besonders schlecht ist (Mühlhauser et al., 1998).

Weitere Untersuchungen, die zum Teil mit gut durchdachten Forschungsdesigns aufwarten, vor allem was die Generierung der Stichprobe betrifft, können zusammenfassend zeigen, dass zum einen die Nutzung medizinischer Dienstleistungen, aber auch die Versorgung damit, einem sozialen Gradienten folgen (vgl. für eine Übersicht ausgewählter neuer Arbeiten Dunlop, Coyte & McIsaac, 2000; van der Meer & Mackenbach, 1998; Waters, 2000). Interessant erscheint dabei, dass sich dies mittlerweile auch auf Länder bezieht, die im Vergleich zu westlichen Industriestaaten weniger gut medizinisch versorgt sind (vgl. Celik & Hotchkiss, 2000). Dieser Umstand verdeutlicht zudem, dass auch in diesen Ländern die Analyse sozialer Ungleichheit und Morbidität bzw. Mortalität zwar andere Untersuchungsansätze erfordert als beispielsweise in Grossbritannien, den USA oder Deutschland, jedoch mehr in den Mittelpunkt der Sozialepidemiologie rückt (vgl. hierzu exemplarisch Duncan et al., 1995; Wu & Rudkin, 2000; Zimmer & Amornsirisomboon, 2001).

Die folgenden Kurzbeschreibungen orientieren sich an der hier vorgelegten Fragestellung, subjektives Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Mittelpunkt einer sozialepidemiologischen Analyse zu stellen.

Soziale Ungleichheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Wie bereits angedeutet wurde, besteht auf Basis des Bundesgesundheitsurvey von 1997-99, dass davon ausgegangen werden kann, dass auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität einem sozialen Gradienten folgt. Radoschewski und Bellach untersuchten in einer multivariaten Analyse den Einfluss der sozialen Schicht, des Alters, der Lebensregion (alte vs. neue Bundesländer) sowie des im Selbstbericht erhobenen Vorhandenseins einer Erkrankung in den letzten vier Wochen bzw. in den letzten zwölf Wochen auf jede der acht Subskalen des SF-36 (s. o.) als Maß der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Hier zeigt sich bezogen auf die Basis Oberschicht (=0) fast durchgängig ein sozialer Gradient auch für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Abweichungen gibt es nur hinsichtlich der Reihung zwischen Mittelschicht und Unterschicht. Es wurde ein höherer negativer Koeffizient für die Subskalen Schmerz und Soziale Funktionsfähigkeit dargestellt – für die anderen sechs Skalen folgt ein hoher negativer Koeffizient dem Gradienten zwischen Mittelschicht und Unterschicht (Radoschewski & Bellach, 1999, S. S197).

In einer Untersuchung, die die Daten aus der bereits erläuterten Whitehall II Studie (n Männer = 5.763 und n Frauen = 2.586) zugrundegelegt hat, wurde in einem Längsschnittdesign die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen mit dem SF-36 unter Berücksichtigung selbstberichteter physischer und psychischer Erkrankungen, untersucht (Hemingway, Staffort, Stansfield & Marmot, 1997). Die Untersuchung bestand aus vier Messzeitpunkten: Die Baseline (n s. o.) wurde zwischen August 1991 und Mai 1993 erhoben – Messzeitpunkt 4 war zwischen April 1995 und Juni 1996. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Veränderungsmessung zwischen Messzeitpunkt 1 (baseline) und Messzeitpunkt 3 sowie als Follow-up auf Messzeitpunkt 4.

Die Einteilung in die sozialen Statusgruppen erfolgt in Abweichung zu dem von Marmot et al. vorgeschlagenen Beschäftigtenstatus (vgl. Marmot et al., 1978) über das bezogene Gehalt. Hier wurden zwölf Gruppen hinsichtlich des Gehaltsstatus' ermittelt. Um möglichst vergleichbar stark besetzte Gruppen zu erhalten, wurden die gehalts-

mäßig am besten ausgeprägte Gruppen der Kategorie 1 (Grade 1¹⁰) zugeordnet und die beiden schlechtesten Gruppen der Kategorie 6 (Grade 6¹¹) zugeordnet. Zu allen Messzeitpunkten wurde der SF-36 sowie weitere psychosoziale Messinstrumente (z. B. GHQ-30) eingesetzt. Zudem lagen für alle Probanden basale medizinische Untersuchungsparameter wie beispielsweise EKG vor. Während der Baseline Erhebung wurden die Studienteilnehmer in vier unterschiedliche Gruppen eingeteilt, die ihren Gesundheitsstatus („mutually exclusive“) abbilden.

- Gruppe 1 – Gesund; keine der im Anschluss gebrauchten Diagnosekriterien treffen zu
- Gruppe 2 – ausschließlich physische Erkrankungen; eine oder mehr der folgenden Erkrankungen: Angina pectoris (n=450), selbstberichtete bzw. ärztlich diagnostizierte Herzattacke (n=150), Ischämie mittels EKG (n=707), Hypertension mittels Messung >160/90 oder Selbstangabe entsprechender Medikamenteneinnahme (n=1.554), Claudikatio (n=125), Diabetes mittels Selbstbericht oder oraler Glukose Toleranztest (n=222), chronische Bronchitis (n=914), muskuloskeletale Erkrankungen mittels Selbstbericht (n=1.257) und Krebs mittels ärztlicher Diagnose oder Selbstbericht (n=128).
- Gruppe 3 – schwach („minor“) ausgeprägte psychische Störungen; in der Hauptsache Angststörungen und Depressionen ermittelt auf Basis des GHQ Scores ≥ 5 (n=1.489).
- Gruppe 4 – sowohl physische Erkrankung wie auch psychische Störungen

Die Ergebnisse zeigten, dass zum Follow-up Zeitpunkt alle Skalenwerte des SF-36 aller Untersuchungspersonen im Mittel niedriger waren und somit für eine schlechtere Lebensqualität sprechen. Dabei fiel auf, dass Männer der unteren sozialen Lagen stärkere Rückgänge auf allen Skalen aufzeigten als die der höheren sozialen Lagen – somit eine Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die auch nach Kontrolle auf Alter und Zusammensetzung der Diagnosegruppe Bestand hatte. In einer weiteren Publikation berichten Hemingway et al. Odds Ratios von 1.42 (CI 1.11; 1.82) für die Statusgruppen 3 und 4 sowie 2.49 (CI 1.62; 3.85) für die Statusgruppen 5 und 6 gegenüber den Statusgruppen 1 und 2 (Basis OR = 1) bei Männern, die zum Befragungszeitpunkt keine der o. a. Krankheiten hatten. Bemerkenswerterweise verändert sich diese Risikokonstellation für die Personen, die eine oder mehr der o. a. Krankheiten aufweisen, zum Positiven: Odds Ratios von 1,32 (CI 1.11; 1.57) für die Statusgruppen 3 und 4 sowie 1.92 (CI 1.42; 2.58) für die Statusgruppen 5 und 6 gegenüber den Statusgruppen 1 und 2 (OR = 1). Für die Gruppe der Frauen kann

¹⁰ Kategorie 1 Jahreseinkommen zwischen 28.904 und 87.620 £

¹¹ Kategorie 6 Jahreseinkommen zwischen 6.483 und 11.917 £

eine vergleichbare Ergebniskonstellation berichtet werden (Hemingway, Nicholson, Stafford, Roberts & Marmot, 1997, S. 1487).

Frauen der höheren sozialen Lagen zeigten hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität positive Veränderungen auf den Skalen Schmerz, Vitalität, Emotionale Rollenfunktion und Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (Hemingway, Stafford et al., 1997). Zusammenfassend berichten die Autoren bezogen auf die unterschiedlichen Belastungen durch die erhobenen Erkrankungen, dass der soziale Gradient nicht durch das Vorhandensein einer Erkrankung erklärt werden kann – dies bezieht sich auf die Skala Körperliche Funktionsfähigkeit aber auch auf die der Vitalität und der generellen Gesundheitswahrnehmung.

Zu einer Reihe vergleichbarer Ergebnisse gelangen auch Kempen et al. in einer großen Untersuchung. Bei einer älteren (57 Jahre und älter) Population von n= 5.279 Personen gingen sie folgenden Fragen nach:

- Wie gestaltet sich die einfache Verteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hinsichtlich chronischer Erkrankungen und Bildungsstand, der hier als Maß sozialer Ungleichheit herangezogen wurde?
- Welche Ergebnisse zeigen sich bei der Untersuchung moderierender Effekte durch soziale Ungleichheit auf den Zusammenhang zwischen chronischer Erkrankung und gesundheitsbezogener Lebensqualität?

Als Maß der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der SF-20 eingesetzt, der eine Verkürzung des SF-36 auf zwanzig Items darstellt. Dieser erhebt die Skalen Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Soziale Funktionsfähigkeit, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Schmerzen sowie Psychisches Wohlbefinden (Kempen, Brillman, Ranchor & Ormel, 1999, S. 144). Als Maß der chronischen Morbidität wurde den Studienteilnehmern eine Liste mit achtzehn chronischen Erkrankungen vorgelegt und abgefragt, ob sie eine dieser Krankheiten aktuell haben bzw. in den letzten 12 Monaten vor dem Interview gehabt haben. Um den Bias zu reduzieren, wurden nur solche Angaben als valide angenommen, bei denen der Befragte auch angab, deswegen in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Von den Autoren wurden zwei unterschiedliche Auswertungsstrategien verfolgt. In der ersten wurde die Anzahl der genannten Krankheiten als Roh-Index für die Morbidität angenommen. Dabei gaben 32.9% (n=1.738) der Befragten an, wenigstens eine der abgefragten Erkrankungen zu haben, 18.4% (n=969) gaben zwei und 13.7% (n=721) berichteten von drei und mehr Erkrankungen.

Für die zweite Auswertungsstrategie wurden bestimmte Krankheiten entsprechend der körperlichen Systematik zusammengefasst: respiratorische, muskuloskeletale, kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen.

Die Autoren entschlossen sich, die Bildung als Maß sozialer Ungleichheit heranzuziehen, da diese in erster Linie sozio-kulturelle Ungleichheit abbildet – im Gegensatz zu Berufsprestige oder Einkommen, die eher als Maße sozioökonomischer Ungleichheit herangezogen werden können (Kempen et al., 1999, S. 145). Als konkretes Maß wurde das von der UNESCO vorgeschlagene Klassifikationsverfahren ISCED herangezogen, das sechs verschiedene Bildungsgrade unterscheidet:

- keine Bildung (3% der Stichprobe)
- Grundschule (elementary) (33%)
- Berufsschule (vocational training) (27%)
- Gymnasium (highschool) (26%)
- Fachhochschule (undergraduate degree) (9%)
- Universität (graduate degree) (2%)

Die Ergebnisse (Multiple Regression) zeigten, dass es zwar einen signifikanten jedoch moderaten Einfluss der Bildung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität gibt. Am höchsten korrelierten dabei die Körperliche Funktionsfähigkeit ($r=.199$) und die Soziale Funktionsfähigkeit ($r=.162$) mit der Bildung – je höher diese ist, desto besser ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Kempen et al., 1999, S. 146). Erwartungsgemäß zeigte sich der Index der chronischen Erkrankung als stärkster Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Auch die Hinzunahme des Faktors Wechselwirkung „Bildung x Chronischer Erkrankung“ verändert die Einzeleinflüsse nur unwesentlich.

Soziale Ungleichheit und subjektives Wohlbefinden

Die Analyse, ob subjektives Wohlbefinden einem sozialen Gradienten folgt, kann auf Daten aus der weiter oben bereits kurz beschriebenen Whitehall II Studie zurückgreifen (Stansfeld, Head & Marmot, 1998). Die Autoren untersuchten die Frage, in welcher Weise soziodemografische Faktoren Depression und Wohlbefinden unter Berücksichtigung von sozialer Unterstützung, Lebensereignissen und Arbeitsplatzumständen beeinflussen. Der soziale Status wurde ebenso als Faktor eingeführt, wie er weiter oben bereits beschrieben wurde (administrative, executive, clerical/support). Die Ergebnisse zeigten dabei, dass die generelle Gesundheitseinschätzung keiner sozialen Differenzierung zuzuordnen war (Stansfeld, Head et al., 1998, S. 3). Anders

hingegen gestalteten sich die Ergebnisse des subjektiven Wohlbefindens, dass in dieser Untersuchung mit der Affect Balance Scale von Bradburn abgefragt wurde (Bradburn, 1969). Hier zeigte sich sowohl für Männer wie auch für Frauen ein deutlicher sozialer Gradient dahingehend, dass das subjektive Wohlbefinden in den oberen beruflichen Statusgruppen deutlich besser ausgeprägt ist als in den unteren. Differenzierter ist jedoch das Ergebnis hinsichtlich Angst und Depression zu beurteilen. Hier zeigte sich der soziale Gradient lediglich für Depression als bedeutsam und konnte nur für Männern nachgewiesen werden (je höher die berufliche Statuslage, desto weniger Depression wurde von den befragten Männern berichtet). Für die Subskala Angst zeigte sich der soziale Gradient ausschließlich für die Frauen als bedeutsam – und zwar in inverser Richtung: Hier berichteten eher die Frauen aus oberen Statuslagen vermehrt Angstsymptome (Stansfeld, Head et al., 1998, S. 3). Zusammenfassend stellen die Autoren heraus, dass die von ihnen gefundenen höheren Prävalenzen von Angststörungen in den höheren Statuslagen nicht unbedingt mit vorliegenden Ergebnissen aus der Literatur harmonieren, versuchen an dieser Stelle jedoch einen Erklärungsansatz: „It might also be that anxiety is the price paid for being higher up and staying higher up in the social hierarchy“ (Stansfeld, Head et al., 1998, S. 7).

Weitere Ergebnisse, basierend auf dem Modell von Karasek, legte diese Untersuchung zum Einfluss von Arbeitsplatzbedingungen vor, nach denen der Einfluss auf Entscheidungs- und Kontrollspielraum durch die Betroffenen einen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden hat.

Unter Bezugnahme auf weiter oben bereits kurz angedeutete Mängel, die insbesondere die Forschungssituation zu ausländischen Minoritäten in der Bundesrepublik angesprochen haben, kann hier eine Arbeit erwähnt werden, die aufgrund ihrer Fragestellung in diesem Zusammenhang interessant ist. Cairns untersuchte an einer Zufallsstichprobe von n=711 Einwohner Nordirlands die These, dass es unter Berücksichtigung eines sozialen Gradienten Unterschiede im subjektiven Wohlbefinden – hier erhoben mit dem GHQ12 – zwischen den konfessionellen Bevölkerungsgruppen gibt. Dabei stellen die Protestanten die Majorität und die Minorität wird durch die katholische Bevölkerungsgruppe in diesem Teil Irlands repräsentiert. Der erwartete Gradient, dass sich das subjektive Wohlbefinden besser in den höheren Statuslagen darstellt, zeigte sich nur für die Gruppe der Protestanten, also die Majorität. Genau anders herum stellte sich dieser Gradient für die Katholiken dar, in dem das bessere subjektive Wohlbefinden in der untersten sozialen Klasse berichtet wurde. Cairns vermutet hinter diesen Zusammenhängen zwei mögliche Erklärungen, die jedoch noch nicht abschließend abgesichert sind. Zum einen gibt es Hinweise, dass es einen sozialen

Selektionsmechanismus gibt, der bestimmte Gruppen der katholischen Bevölkerung zur Emigration getrieben hat. Auf der anderen Seite besteht die These, dass es die Katholiken der höheren sozialen Klasse sind, die aufgrund ihrer besonderen Integration in die nordirische Bevölkerung besonderen Belastungen ausgesetzt sind und somit vermehrt Symptome berichten, die auf eine höhere Prävalenz von Depression schließen lassen (Cairns, 1988).

2.4.2 Soziale Ungleichheit und psychosoziale Lebenskontexte

Unter Kapitel 2.2 wurden für die Meso-Ebene der psychosozialen Kontexte die Settings und die darin zu findenden psychosozialen Mechanismen identifiziert. Es sind in erster Linie:

- Familie
- Arbeit und Beruf

als Settings sowie

- soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Einsamkeit
- Beanspruchung, Belastung, Stress und Anforderungen
- Coping/Bewältigung
- personale Ressourcen/Kontrollüberzeugungen
- Lebenszufriedenheit

als psychosoziale Mechanismen.

Im folgenden Abschnitt wird auf Basis der Literatur geprüft, ob diese Settings und Faktoren sozial ungleich verteilt sind.

Soziale Ungleichheit und Familie

Dieser Abschnitt setzt sich mit zwei Fragestellungen auseinander. Die erste betrifft den Aspekt der Verteilung von Familie(-formen) nach ausgewählten sozialstrukturellen Aspekten. Im zweiten Teil wird danach gefragt, ob es schichtspezifische Belastungen von Familien gibt, wie diese ausgeprägt sind und mit welchen Folgen diese verbunden sind.

Verteilung von Familienformen

Der Wandel von Familienformen ist durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft gekennzeichnet. Dabei geraten Kinder und Jugendliche in eine Minderheitenposition, wobei der Anteil ausländischer Kinder und Jugendlicher zunimmt. Hinzu kommt eine Entwicklung, deren Pole in der Soziologie mit Individualisierung und Pluralisierung beschrieben werden und zu deren Zeichen nicht mehr die fraglose Selbstverständlichkeit von Heirat und Familiengründung zählen (Beck, 1986; Beck & Beck-Gernsheim, 1990).

Wird die Frage nach der Umsetzung eines Kinderwunsches gestellt, so ist bei der Hinzunahme der steigenden Lebenserwartung davon auszugehen, dass sich die Zeit, die Eltern gemeinsam mit ihren Kindern verbringen, innerhalb des gesamten Lebenszyklus verkürzt. Diese Entwicklung ist mit einem Anstieg der Frauen- und insbesondere der Müttererwerbsarbeit verbunden. Buddeberg et al. berichten auf Basis der Schweizer Volkszählung von 1980 und 1990, dass sich neue Formen des familiären Zusammenlebens vor allem in der Mittelschicht finden. Hier haben die Familienformen zugenommen, bei denen es sich um unverheiratete Paare ohne Kinder bzw. mit Kindern handelt. Nach ihren Angaben überwiegen sowohl in Ober- wie auch in Unterschicht „nach wie vor die traditionelle Familie mit patriarchal-hierarchischer Struktur“ (Buddeberg-Fischer & Buddeberg, 1998, S. 174).

Schichtspezifische Belastungen bei Familien

Wie ein Gutachten der Hans-Böckler-Stiftung bemerkt, muss das Wissen über die Einkommensverhältnisse von Familien als sehr defizitär bewertet werden. Informationen über Höhe und auch Ausdifferenzierung familiärer Haushaltseinkommen nach Alter und Zahl der Kinder und deren Abgrenzung nach sozialem Status der Eltern liegen nur ausschnitthaft vor (Bäcker & Ebert, 1996, S. 363).

Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass bei zunehmender Familiengröße das Pro-Kopf-Einkommen stark absinkt. Zwar bemerken Bäcker und Ebert, dass sich Familien mit mehreren Kindern vor allem im oberen Einkommensbereich konzentrieren und kommen dabei zu folgender Relativierung: Die noch höher liegenden Pro-Kopf-Einkommen Kinderloser werden hier unterschritten – die von Kinderlosen einer unteren sozialen Schicht jedoch wiederum überschritten (Bäcker & Ebert, 1996, S. 365). Ökonomisch gesehen ist es unsinnig, Kinder zu haben – Kinder verringern extrem das Pro-Kopf-Einkommen und verstärken soziale Ungleichheit. Insgesamt muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die empirischen Grundlagen für Aussagen

dieser Art nur unzureichend sind und hier Forschungsbedarf besteht. So schreiben Bäcker et al. "Der Wissenstand über die Einkommensverhältnisse von Familien ist lückenhaft und unzureichend. Die amtliche Statistik (...) bietet keine hinreichend aktuellen und differenzierten Informationen über Höhe und Struktur der Haushaltseinkommen, strukturiert nach der Zahl der Kinder, deren Alter und nach der Zahl der Erwerbstätigen und Einkommensbezieher" (Bäcker, Bispinck, Hofemann & Naegele, 2000, S. 173).

Die soziale Situation von Familien in Deutschland gehört zu den brisantesten Themen in der sozialpolitischen Diskussion von Gegenwart und Zukunft. Dieser Umstand muss auch für die nur auf wenig Daten zurückgreifende Familienforschung angenommen werden. Deutlich wurde bei der Bearbeitung, dass es nicht nur wichtig ist, davon auszugehen, dass soziale Schichten auch durch differierende Familienformen gekennzeichnet sind. Wesentlich erscheint vielmehr, dass eine bestimmte Familiengröße als Kriterium sozialer Ungleichheit angesehen werden muss. Dies hängt nicht nur mit dem rapide absinkenden Pro-Kopf-Einkommen einer größer werdenden Familie zusammen, sondern auch mit den daraus resultierenden Belastungen, die bei der Berufstätigkeit von beiden Elternteilen vielfältig sind. Somit muss hier nicht nur Forschungsbedarf geschlossen, sondern auf eine mögliche Unterlassungssünde hingewiesen werden, die möglicherweise darin bestehen kann, Kriterien wie Haushaltseinkommen nicht auf die Familiengröße zu kontrollieren.

Soziale Ungleichheit und soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Einsamkeit

Wie Geyer aufgrund eigener Analysen bemerkt, berücksichtigt die Forschung zu gesundheitsbezogenen Auswirkungen belastender Lebensereignisse und zu belastungsmindernden Effekten sozialer Unterstützung den sozialstrukturellen Hintergrund meist nicht, „so dass der Eindruck entstehen könnte, dass Lebensereignisse in einer Art sozialem Vakuum auftreten; wir hätten es dann mit zufälligen und schicksalhaften Begebenheiten zu tun, die sich einer systematischen soziologischen Erklärung entziehen“ (Geyer, 2001, S. 212). Ob dieser Eindruck bestätigt werden kann, soll in den folgenden Ausführungen geprüft werden.

Nach eingehender Recherche konnte lediglich eine Arbeit aus dem deutschsprachigen Raum identifiziert werden, die anhand repräsentativer Daten die Verteilung sozialer Unterstützung nach Ungleichheitsaspekten untersucht hat (Diewald, 1991). In seinen theoretischen Analysen zur sozialen Verteilung sozialer Netzwerke geht Diewald

mit den „sozialromantischen Vorstellungen“, nach denen in unteren sozialen Schichten die Unterstützungsqualität besonders gut ist, differenziert um. Demnach ist nach allen von Diewald analysierten Untersuchungen die Unterstützungsqualität durch Netzwerke in höheren Schichten besser: „Ihre Netzwerke sind im Schnitt größer, räumlich weiter verstreut, enthalten mehr Freundschaftsbeziehungen und vermitteln insbesondere mehr an kognitiv-emotionalen Formen der sozialen Unterstützung“ (Diewald, 1991, S. 117.). Als Grundlage für die empirischen Analysen dienten Diewald die Wohlfahrtssurveys 1978, 1984 und 1988. Dabei handelt es sich um Querschnittsbefragungen mit jeweils 2.000 Fällen. Für die Repräsentativität und Grundlage der Stichprobenziehung für den Wohlfahrtssurvey und den ALLBUS sei hier auf die Literatur verwiesen (Diewald, 1991; Glatzer & Zapf, 1984; Noll, 1997; Noll & Habich, 1990). Zusammengefasst zeigten die Ergebnisse hinsichtlich der sozialen Verteilung von sozialer Unterstützung und Netzwerkbeziehung Folgendes:

Die Untersuchung der Frage, wie es sich mit möglichen Isolationen im Freundeskreis verhält, bewegen Diewald zu der Einschätzung, dass sich für beide Geschlechter ein deutlicher Einfluss der Schulbildung auf Freundesbeziehungen zeigt. „Je höher sie (*die Schulbildung, d. A.*) ist, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, mindestens eine besonders enge Freundesbeziehung zu haben“ (Diewald, 1991, S. 172). Nach Diewald gehen also Bildungsressourcen als klassisches Maß zur Identifikation sozialer Ungleichheit mit der sozialen Verteilung von erworbenen Sozialbeziehungen einher – dieser Effekt gilt insbesondere für Frauen. Auch die Frage nach möglichen Unterstützungsprozessen – übertragen aus der Vorstellung geschlossener proletarischer Milieus – durch den Verwandtschaftskreis muss aus heutiger Sicht abschlägig beschieden werden. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit berichtet Diewald, dass hauptberuflich erwerbstätige Männer und Frauen seltener sozial isoliert sind als Nichterwerbstätige. Weiterhin stellt der Autor das erhöhte Risiko für eine soziale Isolation bei Personen mit geringer schulischer Bildung auch bei der Betrachtung verwandtschaftlicher Beziehungen heraus (Diewald, 1991, S. 176f.). Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass es Personen mit Mittlerer Reife sind, die im höchsten Maße geschlossene Einbindungen in Verwandtschaftskontakte besitzen und somit das geringste Risiko sozialer Isolation tragen (Diewald, 1991, S. 177). Korrespondierende Ergebnisse liegen auch hinsichtlich der Inanspruchnahme aber auch aktiven Beteiligung an informellen Netzwerken vor. Hier berichtet Diewald, dass Personen mit höherer Schulbildung eine höhere Wahrscheinlichkeit besitzen, sowohl Unterstützung informeller Netzwerke zu erhalten, aber auch Unterstützung selber zu leisten. Erwähnenswert bleibt hier auch ein geschlechtsspezifisches Ergebnis: Männer mit höherer Schulbildung scheinen weitaus mehr in aktiven Unterstützungsrollen zu sein, die vermehrt auch einseitig funktionieren, während sich bei Frauen dieser

mehrt auch einseitig funktionieren, während sich bei Frauen dieser Bildungsschicht das Gegenteil andeutet – hier ist das Leisten und Empfangen von Unterstützungsprozessen in informellen Netzwerken wesentlich ausgeglichener. Diewald meint hier einen emanzipatorischen Erfolg zu erkennen, der sich jedoch auf dieses Bildungsniveau beschränkt (Diewald, 1991, S. 202).

Beziehungen zwischen soziodemografischen Faktoren und Kontrollüberzeugungen

Eine neuere Zusammenfassung von Janßen stellt Ergebnisse zusammen, nach denen von einer schichtspezifischen Verteilung internaler und externaler Kontrollüberzeugung ausgegangen werden kann (Janßen, 2001). Gleicher Autor kommt aber zu dem Schluss, dass diese schichtspezifische Verteilung von Kontrollüberzeugungen bisher nur selten Gegenstand der Forschung war (Janßen, 2001, S. 186). Folgende Tabelle 8 gibt eine Übersicht der Arbeiten, die zu dieser Fragestellung Ergebnisse beitragen konnten:

Theoretischer Hintergrund – Befunde zur Abhängigkeit zwischen Makro- und Meso-Ebene

Tabelle 8 Untersuchungen zu „Soziale Ungleichheit und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen“

| Autor | Stichprobe | Ergebnisse | |
|--|--|---|---|
| | | externe | interne |
| (Galanos, Strauss & Pieper, 1994) | 65-Jährige und ältere schwarze u. weiße Amerikaner | * ¹² kürzere Schulbildung niedriger beruflicher Status schwarze Hautfarbe | - |
| (Janßen, 1997) | deutsche Untersuchung | * kürzere Ausbildungsdauer niedriges Berufsprestige kein Zusammenhang mit Einkommenshöhe | - |
| (Janßen & Lüschen, 1998) | vier westeuropäische Länder (B, F, NL, D) | keine Resultate | Keine Zusammenhang |
| (Bosma, Schrijvers & Mackenbach, 1999) | Britische Kohorte; GLOBE study; n=2462 | * verschiedene Sozialschichtindikatoren | kein Zusammenhang |
| (Janßen, Heinrich, Chrispin, Weitkunat & Abel, 2000) | Münchener Lebensstilpanel; n=599 | * abnehmende Bildungsdauer | - (self-mastery) |
| (Janßen, 2001) | schrift. Bevölkerungsumfrage in West- u. Ostdeutschland (GAVID) n=2574 | * faktorenanalytische Bildung sozialer Schicht aus Einkommen, Beruf u. Bildung | keine Zusammenhang |
| (Abel, Duetz & Niemann, 2000) | Daten des Berner Lebensstil Panels; n=923 | * neg. Korrelation mit Schulabschluss für Männer u. Frauen in etwa gleicher Höhe; bei Frauen keine Korrelation mit Einkommen, bei Männern bei -.20 | * neg. Korrelation mit Schulabschluss für Männer u. Frauen in etwa gleicher Höhe; bei Frauen keine Korrelation mit Einkommen |

¹² Ein * weist auf einen wenigstens zum Niveau .05 signifikanten Zusammenhang hin.

Hinzuzufügen ist, dass ein Vergleich der Kontrollüberzeugung in vier westeuropäischen Ländern darauf hinwies, dass nationale Unterschiede zwischen sozialer Ungleichheit und Kontrollüberzeugungen stärker ausgeprägt waren als die schichtspezifischen, u. U. vermutlich überlagert wurden.

Insgesamt gestalten sich die Ergebnisse zur Prüfung der Hypothese, dass internale Kontrollüberzeugung mit einer höheren sozialen Lage und externale Kontrollüberzeugung mit einer unteren sozialen Lage korreliert, als sehr heterogen. Wie die Ergebnisse in Tabelle 8 nahe legen, zeigt sich lediglich ein Zusammenhang zwischen einer niedrigeren sozialen Lage und einer höheren externalen Kontrollüberzeugung. Hier ist es die Schulbildung, die in Verbindung mit der externalen Kontrollüberzeugung gebracht werden kann, weniger die Höhe des Einkommens. Weiterer Forschungsbedarf besteht demnach nicht nur in der abschließenden Frage, wie sich der soziale Gradient zu verschiedenen Ausformen gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen verhält, sondern auch hinsichtlich der Frage nach einer abschließenden Skalenstruktur der gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (vgl. Janßen et al., 2000).

Soziale Ungleichheit und Lebenszufriedenheit

In diesem Abschnitt werden Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit berichtet, die mit dem Instrument erhoben wurden, das auch in der hier zugrunde gelegten Studie B (vgl. Kapitel 3.3) eingesetzt wurde. Daran anschließend werden Ergebnisse hinsichtlich einer sozialschichtspezifischen Abhängigkeit von Lebenszufriedenheit aus der internationalen Literatur berichtet. Für das in Studie A eingesetzte Instrument zur gewichteten Lebenszufriedenheit liegen bisher keine publizierten Studien vor, die auf einen sozialen Gradienten hinweisen.

Im oben bereits angesprochenen Bundesgesundheitsurvey gehen die Autoren nur beiläufig auf das Zielkriterium Lebenszufriedenheit ein. Im Rahmen dieser Untersuchung ist das unter Kapitel 2.2 beschriebene Instrument zur Erfassung der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit (vgl. Hoffmeister et al., 1988) eingesetzt worden. Dabei zeigt sich, dass Angehörige der Unterschicht unzufriedener sind als die der Oberschicht – dies trifft auch mit der spezifischen Abfrage der gesundheitsspezifischen Zufriedenheit zu. Leider berichten die Autoren hier vermutlich nur Mittelwerte, so dass weiterführende Interpretationen nicht möglich sind (Knopf et al., 1999, S. S175f.).

Betrachtet man hingegen die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit, so stellt sich ein differenzierteres Bild dar. So untersuchten Laubach et al. an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe in den alten und neuen Bundesländern (n=2.948) mit dem weiter oben beschriebenen Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (vgl. Fahrenberg et al., 2000) den Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Lebenszufriedenheit (Laubach, Schumacher, Mundt & Brähler, 2000). Die soziale Lage wurde dabei als Mittelwert der Variablen Schulbildung, Beruf und Äquivalenzeinkommen operationalisiert und kann Werte zwischen 1 (untere soziale Lage) und 4 (oberste soziale Lage) annehmen. Danach wurden die Studienteilnehmer nach den schichtungstheoretischen Vorstellungen von Bolte (vgl. Bolte & Hradil, 1988) in fünf soziale Schichten eingeteilt (vgl. Laubach et al., 2000, S. 6). Mittels einfaktorieller Varianzanalyse ermittelten die Autoren über alle Einzelbereiche der Lebenszufriedenheit einen sozialen Gradienten. Dies trifft besonders für die Einzeldimensionen Zufriedenheit mit eigener Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, eigene Person und Sexualität zu (Laubach et al., 2000, S. 7).

In einer früheren Untersuchung berichtet das gleiche Autorenteam jedoch für einen Abgleich mit zusätzlichen psychologischen Prädiktoren für die Lebenszufriedenheit, dass diese in ihrer Erklärungskraft den eher objektiven Merkmalen überlegen seien – leider wurde hier jedoch nicht geprüft, inwieweit diese objektiven Faktoren bereits die psychologischen „Konkurrenzfaktoren“ beeinflussen (Schumacher, Laubach & Brähler, 1995).

2.4.3 Psychosoziale Lebenskontexte und subjektive Gesundheit

Die Frage nach möglichen Einflüssen psychosozialer Kontexte – getrennt nach den Settings, in denen diese stattfinden, und den dann tatsächlich moderierenden Faktoren – auf die Entstehung bzw. Erhaltung von Krankheit und Gesundheit ist Gegenstand dieses Abschnitts. Im ersten Teil werden Ergebnisse zu den Settings Familie und Arbeit vorgestellt, im zweiten Abschnitt werden die Faktoren untersucht, denen ein besonderer Stellenwert bei der Beeinflussung von Krankheit und Gesundheit zukommt.

Familie

Wie unter Kapitel 2.2 ausgeführt wurde, bietet die Familie als Ort der Ausgestaltung psychosozialer Kontexte für die darin lebenden Menschen Möglichkeiten und Strukturen, die pathogenetische aber auch salutogenetische Effekte haben können. For-

schungsergebnisse, die diesen Möglichkeiten konkret nachgegangen sind, prüfen, ob sich bei chronisch kranken Menschen Interventionschancen ergeben, die unmittelbar mit dem Familiensetting verbunden sind. In einem ersten Schritt wird nochmals aufgegriffen, welche Chancen aber auch Risiken sich in dem Familiensetting ergeben, Krankheiten zu verhindern bzw. entstehen zu lassen. In einem abschließenden Beitrag wird auf eine relativ neue Untersuchung eingegangen, die sich im psychoonkologischen Interventionsfeld spezifisch der Familie widmet, und prüft, welche Chancen sich hieraus verlaufsmoderierend ergeben.

Pathogenetische Risiken und Salutogenetische Chancen des Familiensettings

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Familienstand (verheiratet oder nicht) das psychologische Wohlbefinden sowie die psychische und physische Gesundheit und Lebenserwartung beeinflusst (Waltz, 1983, S. 58). Nichtverheiratete Individuen, die gleichzeitig häufig alleinstehend und sozial isoliert sind, stellen eine gesundheitsgefährdete soziale Gruppe dar. Geschiedene und Verwitwete, nie Verheiratete und verheiratete Personen – und zwar in dieser Reihenfolge – weisen unterschiedlich hohe Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei verschiedenen Formen psychischer Störungen auf. Und zwar dergestalt, dass diese vor allem dann vermehrt auftreten, wenn die Person geschieden oder verwitwet ist. „Die These Durkheims, dass das Eingebettetsein in einer Familiengruppe mit Kindern eine zentrale Variable in der Erklärung psychischer Störungen ist, wird durch die bisherige epidemiologische Forschung bestätigt. Nicht nur Selbstmord, sondern auch Depression, Ängstlichkeit und psychologisches Wohlbefinden sind dabei mit Familienunterstützung in Verbindung gebracht worden“ (Waltz, 1983, S. 59). Je besser die Unterstützung durch die Familie ist, desto geringer ist das Risiko zu erkranken.

Die amerikanischen Soziologen Pearlin und Johnson stellten hierzu fest: "Sogar in einem Zeitalter, in dem die Ehe oft nur eine zerbrechliche Beziehung zwischen Individuen darstellt, ist ihre Fähigkeit, die Menschen vor Umweltbelastungen zu schützen, der Grund dafür, dass die Ehe eine überraschend stabile soziale Institution bleibt" (Pearlin & Johnson, 1977, S. 714 nach Waltz, 1983, S. 59). Mögliche Erklärungsvarianten bestehen ihrer Meinung nach darin, dass die Familie das Individuum vor bedrohlichen Umweltbelastungen abschirmt. Sie gibt moralische und emotionale Unterstützung, wenn das Individuum besonderen Belastungen ausgesetzt ist, und hilft ihm, mit seinen Problemen fertig zu werden. Die Familie zeigt dem Individuum, dass es geschätzt und ein Mensch von Wert ist (esteem support), dass es geliebt und ge-

braucht wird (mattering) und dass es eingebettet ist in eine menschliche Gemeinschaft (sense of embeddedness). Dabei übt die Familie gesundheitsbezogene Kontrolle aus.

Gleichzeitig können Ehe und Familie eine Quelle chronischer Belastungen sein. Ständige Reibereien und Konflikte mit dem Ehepartner oder den Kindern können zu psychischen Stressreaktionen und Erkrankungen führen. Partnerschaft und Familie gelten somit nach wie vor als wichtiges Unterstützungssystem aber auch mögliche Quelle von chronischem Stress. Dabei gilt der Verlust des Ehepartners durch Tod, Scheidung oder Trennung als schwerwiegendste Konsequenz für die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen.

Diese bei Waltz sehr spezifisch identifizierten, die Gesundheit und Krankheit der Familienmitglieder beeinflussenden Faktoren werden zudem überlagert durch mehr strukturell zu verankernde Aspekte, deren Modellierung eher in der Hoheit moderner Sozialsysteme liegen (Waltz, 1983). Auf diese wurde weiter oben bereits eingegangen, als untersucht wurde, welchen Einfluss die Makro-Ebene auf die Familie hat.

Verlaufsmoderierende Aspekte des Familiensettings bei chronischen Erkrankungen

Besondere Aufmerksamkeit erfährt in letzter Zeit die Forschung zu Belastungen, die durch die Aufwendungen entstehen, wenn in der Familie erhöhter Fürsorgebedarf beispielsweise durch behinderte Kinder oder durch alte pflegebedürftige Menschen besteht (Fink, 1995; Ravens-Sieberer et al., 2001). Für die Zukunft muss hier aus gesundheitswissenschaftlicher und aus sozialpolitischer Perspektive erhöhter Handlungs- und Steuerungsbedarf erwartet werden.

Wenn in diesem Zusammenhang von den salutogenetischen und pathogenetischen Faktoren des Familiensettings gesprochen wird, so steht diese Betrachtungsweise sehr eng zu den Überlegungen, die den Einfluss von sozialer Unterstützung und Einsamkeit auf Gesundheit und Krankheit in den Mittelpunkt stellen. Exemplarisch soll hier eine Untersuchung näher dargestellt werden, die die wechselseitige Belastung und Unterstützung bei Krebspatienten und ihren Familien untersucht hat (Schulz et al., 1998).

In ihrer Untersuchung "Krebspatienten und ihre Familien" untersuchen Schulz et al. den wechselseitigen Einfluss von Belastungen und Unterstützung von den betroffenen Patienten sowie ihr soziales Netzwerk. Dabei gehen die Autoren davon aus, dass sich die Lebenssituation von Menschen durch eine lebensbedrohliche Erkrankung verän-

dert. Patienten erfahren im Verlauf ihrer Erkrankung und Behandlung auf vielfältige Weise Unterstützung in Form von Rücksichtnahme, Zuwendung und Unterstützung (Schulz et al., 1998, S. 2f.). Grundlegend für die Hypothesenbildung der Autoren waren Studienergebnisse, die zeigen konnten, dass Krebspatienten eine verlängerte Überlebenszeit aufwiesen, wenn sie beispielsweise an wöchentlichen Gruppeninterventionen teilnahmen. Diesem gezielten Entgegenwirken sozialer Isolation wurde auch in der Studie von Schulz et al. entsprochen.

Schwerpunkt der Untersuchung war die Beschreibung der familiären Belastungen während einer ambulanten Tumortherapie. Dabei stand die Fragestellung im Vordergrund, "inwieweit diese Belastung durch Merkmale der Erkrankung bzw. der Therapie sowie familiärer Anpassungsfähigkeit und Kohäsion beeinflusst wird" (Schulz et al., 1998, S. 50). Zusätzlich standen weitere Fragestellungen im Vordergrund:

- Art und Weise des Umgangs mit der Belastung durch Patienten, deren Partnern und Kindern
- Entlastungsmöglichkeiten des Patienten durch die Familie
- Untersuchung von psychosozialen Kriterien, die eine ambulante Chemotherapie erleichtern bzw. erschweren

Unterscheidungskriterien zwischen den Patienten bestanden darin, dass ein Teil ihre Krankheit als Möglichkeit einer positiven Veränderung des eigenen Lebens begreift und ein anderer Teil seine Krankheit ausschließlich mit einer negativen Bedeutung belegt.

Zusätzlich wurde die Fragestellung untersucht, ob sich unterschiedliche Belastungen zwischen Familien zeigen, in denen keines der Familienmitglieder an einer chronischen Erkrankung leidet und den Familien, in denen ein erwachsenes Mitglied an einer Krebserkrankung leidet.

Die Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe wurde durch die Erfassung aller Patienten der im Mittelpunkt stehenden onkologischen Schwerpunktpraxen innerhalb einer Woche abgesichert (Schulz et al., 1998, S. 50f.). Die Untersuchung in vier onkologischen Schwerpunktpraxen fand zwischen 1989 und 1992 statt. Einschlusskriterien waren das Vorliegen einer Krebserkrankung und das Vorhandensein eines festen Partners und/oder eines mindestens zehn Jahre alten Kindes. Von den insgesamt 118 angeschriebenen Patienten wurden zum ersten Messzeitpunkt insgesamt 260 Interviews in 98 Familien durchgeführt. Es wurden 97 Patienten, 81 Partner sowie 82 Kinder der Patienten befragt. Auf die Missing Value Analyse wird hier nicht eingegangen (vgl. hierzu Schulz et al., 1998, S. 52f.). Zum zweiten Messzeitpunkt (sechs Monate

nach der ersten Befragung) wurden 156 Interviews in 61 Familien durchgeführt, wobei 59 Patienten, 48 Partner sowie 49 Kinder befragt wurden. Von den zu t_1 befragten weiblichen Patienten ($n=77$) hatten 53 ein Mammakarzinom. Nach Angaben der Autoren entspricht diese Verteilung weitestgehend der Diagnoseverteilung im Zeitraum von einer Woche, die in den untersuchten onkologischen Schwerpunktpraxen vorgefunden wurde. Für die soziodemografische Verteilung der Untersuchungsteilnehmer sei auf die Literatur verwiesen (Schulz et al., 1998, S. 55).

Ein wesentlicher Teil der Untersuchung bestand aus einem qualitativen Interview, das sowohl mit den Patienten wie auch mit deren Angehörigen geführt wurde. Dieses Interview war halb-strukturiert aufgebaut, d. h. es wurden sowohl offene wie auch geschlossene Fragen gestellt. Auf die Inhalte und wesentlichen Ergebnisse soll hier wiederum auf die Literatur verwiesen werden (Schulz et al., 1998, S. 56ff.)

Nach den Interviews wurde allen Patienten sowie deren Angehörigen Fragebögen zur Selbsteinschätzung vorgelegt. Dieser Fragebogen und die darin enthaltenen Instrumente sowie deren Zieldimension werden im Folgenden kurz beschrieben. Das Instrument "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)" erfasst die beiden Dimensionen Kohäsion und Adaptabilität, wobei sich Kohäsion auf die emotionale Bindung der Familienmitglieder untereinander bezieht und Adaptabilität auf die "Fähigkeit eines Familiensystems, in Bezug auf die Rollenstruktur entsprechend den situations- und entwicklungsbedingten Belastungen mit einer Veränderung zu reagieren" (Schulz et al., 1998 S. 59.). Dieses Instrument besteht aus zwanzig Items und wurde den Patienten sowie deren Partnern und Kindern vorgelegt.

Die Dyadic-Adjustment-Scale (DAS) erlaubt die Diagnose der individuellen Anpassung an die Ehe oder des Grads des Distress in Beziehungen. Im Original besteht das Instrument aus 32 Items – von den Autoren wurden für den vorliegenden Untersuchungszusammenhang 17 ausgewählt und übersetzt. Die DAS wurde den Patienten und deren Partnern vorgelegt.

Zur Erfassung der subjektiv empfundenen Belastungen durch gesundheitliche Beschwerden wurde die Beschwerde-Liste (BL) von von Zerssen eingesetzt (vgl. hierzu auch Kapitel 2.3). Das Original wurde um krankheitsspezifische Items erweitert, die die typischen gesundheitlichen Begleitungen einer Tumorerkrankung abbilden. Die Skala besteht in dieser Form aus 75 Items und wurde in der Selbsteinschätzungsform den Patienten sowie in der Fremdeinschätzungsform den Partnern und Kindern vorgelegt.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten wurde durch den EORTC-QLQ erfasst. Die in der Untersuchung von Schulz et al. eingesetzte Form stellt das 30 Items umfassende Core Set des Instrumentes dar. Die Subskalen bilden die Dimensionen funktioneller Status, Arbeitsfähigkeit, generelle Symptome, Depression, Angst, soziale Interaktion, körperlicher Zustand sowie Lebensqualität allgemein ab (zur Erläuterung des Konzeptes der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vergleiche Kapitel 2.3). Der EORTC wurde ausschließlich in der Selbsteinschätzungsform auf Seiten der Patienten eingesetzt.

Spezifische Bewältigungsstrategien auf kognitiver, emotionaler und verhaltensmäßiger Ebene wurden mit dem "Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung" (FKV-LIS) erfasst. Das Instrument besteht aus 35 Items, die die Skalen depressive Verarbeitung, problemorientiertes aktives Coping, Ablenkung und Selbstaufbau, Religiosität und Sinnsuche sowie Bagatellisierung und Wunschdenken abbilden und wurde bei den Patienten der Untersuchung eingesetzt.

Zur Erfassung der Lebenszufriedenheit auf Seiten der Patienten, ihrer Partner und Kinder wurde der weiter oben bereits beschriebene Fragebogen von Henrich und Herschbach eingesetzt (vgl. ebenfalls Kapitel 2.3).

Weiterhin wurde zur Erfassung der sozialen Unterstützung bzw. Einsamkeit der Einsamkeitsfragebogen in Kurzfassung der UCLA-Loneliness Scale eingesetzt. Auch dieses Konzept wurde weiter oben bereits beschrieben (vgl. Kapitel 2.2). Die Skala wurde auf allen drei Befragungsebenen eingesetzt: Patient, Partner, Kinder.

Der abschließende Teil der Datenerhebung erfasst die soziodemografischen Parameter sowie ausgewählte medizinische Daten wie Tumorlokalisation, Begleiterkrankungen, Therapiemaßnahmen u. a. (Schulz et al., 1998, S. 64ff.).

Zusammenfassung der Ergebnisse

In einem ersten Schritt wurde untersucht, welche spezifischen Belastungen sich in Abhängigkeit von Geschlecht und Berufstätigkeit ergeben. Eine mögliche geschlechtsspezifische Belastung erweist sich als inkonsistent. Weibliche Patienten und Kindern zeigen zu t_1 vermehrte Belastungen während sich die Partner hier nicht unterscheiden – zu t_2 ändert sich dieses Verhältnis etwas: vermehrte Belastung bei den männlichen Patienten, bei den Kindern keine Geschlechtsunterschiede und bei den Partnern mehr Beschwerden auf Seiten der Frauen. Hinsichtlich der Berufstätigkeit zeigt sich für die Patienten zu t_1 eine unterschiedliche Belastung. Es zeigen sich keine

Unterschiede bei Partnern und Kindern – weder zu t_1 noch zu t_2 . Wenn der Patient berufstätig ist und sein Partner nicht, so ist die globale Belastung der Kinder am geringsten – dies konnte auch zu t_2 repliziert werden (Schulz et al., 1998, S. 75f.).

Die Annahme, dass sich die Belastung bei den Patienten verstärkt bemerkbar macht, deren Tumorstatus sich in Progress befindet, konnte bestätigt werden. Kein Unterschied im Faktor "Progress vs. Remission" zeigte sich bei den Beschwerden – lediglich Patienten, die eine Chemotherapie durchführen, zeigten hier höhere Beschwerden. Diese Ergebnisse korrespondieren parallel mit den Angaben der Partner, während sich für die entsprechenden Kinder keine Unterschiede zeigten (Schulz et al., 1998, S. 77). Zum zweiten Messzeitpunkt äusserten jedoch auch die Kinder von Patienten, die sich in chemotherapeutischer Behandlung befanden, eine höhere globale Belastung.

Weiterhin wurde die Hypothese geprüft, dass ein höheres Belastungsausmaß dann berichtet wird, wenn gleichzeitig ein erhöhtes Einsamkeitsgefühl angegeben wird. Für die Patienten zeigten sich die erwarteten Unterschiede: Einsamere Patienten berichteten eine erhöhte Beschwerdelast. Für einsamere Partner konnten indes keine Unterschiede hinsichtlich der Belastungsfaktoren gegenüber den weniger einsamen gefunden werden. Für Kinder kann wiederum eine erhöhte Belastung angenommen werden, wenn sie sich vermehrt selbst als einsam einschätzen (Schulz et al., 1998, S. 82ff.).

Hinsichtlich der Belastung in Abhängigkeit von der Krankheitsverarbeitung berichten die Autoren, dass die Hypothese einer verminderten Belastung bei Vorhandensein verschiedener Strategien der Krankheitsverarbeitung nicht aufrecht erhalten werden kann. Dies kann durch nur sehr wenige Unterschiede bei der Betrachtung eines höheren Belastungsausmaß bei vermehrter depressiver Verarbeitungsstrategien untermauert werden. Folgende Punkte können herausgestellt werden: Liegt die familiäre Adaptabilität in einem mittleren Bereich, so ist die Belastung für die Partner und die Kinder geringer – Patienten sind hingegen dann am geringsten belastet, wenn die familiäre Kohäsion in einem mittleren Bereich liegt. Stärkste Belastungen für die Patienten finden sich dann, wenn sie ihre eigene Familie "als hoch kohäsiv wahrnehmen" (Schulz et al., 1998, S. 198). Kinder und Partner berichten die niedrigste Belastung dann, wenn sie eine geringe Kohäsion wahrnehmen. Demnach schließen die Autoren eine optimale Anpassung der Angehörigen an die Krebserkrankung des Partners, wenn

- eine Flexibilität der Rollen und Regeln in der Familie
- eine strukturierte Familienstruktur
- und ein weder chaotischer noch rigider Kommunikationsstil

angestrebt werden. Die Patienten sind hingegen in gering kohäsiven Familien am stärksten belastet (Schulz et al., 1998, S. 199). Dass die Autoren keine oder nur gering ausgeprägte Unterschiede hinsichtlich des Beschwerde-Faktors finden konnten, begründen sie mit den vorhandenen Decken-Effekten, die ein bereits durchgängig hohes Beschwerdeniveau über die Gruppen hinweg nahe legen.

Hinsichtlich Einsamkeit und sozialer Unterstützung konnten die Autoren zeigen, dass "die einsameren Patienten zu t_1 stärkere Beschwerden aufweisen sowie die einsameren Kinder eine stärkere subjektive Belastung." (Schulz et al., 1998, S. 201).

Nach den eingangs getroffenen Modellannahmen handelt es sich bei den bisher dargestellten Ergebnissen in erster Linie um Verbindungen und Kausalitäten, die innerhalb der Meso-Ebene zu lokalisieren sind. Es konnte gezeigt werden, welche psychosozialen Bedingungen verlaufsmoderierend bei einer schweren Erkrankung im Familiensetting bereitgehalten werden. Im Rahmen der gleichen Studie untersuchten die Autoren, welchen Einfluss eine psychoonkologische Betreuung auf die Lebensqualität der Patienten besitzt. Zusammenfassend berichten sie, dass die Patienten, die keine psychologische Unterstützung erhalten haben, vermehrt allgemeine Symptome berichten und sich ihr körperlicher Zustand sowie ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität im Abstand von sechs Monaten verschlechtert haben – in der Interventionsgruppe verbesserten sich diese Faktoren (Schulz et al., 1998, S. 181).

Arbeit

Neben der über die Statusbestimmung (berufliche Stellung, Ausbildungsabschluss) hinausgehende Bedeutung des Settings Arbeit an sich, kommt diesem zudem eine vermehrte Beachtung als Determinante von Gesundheit und Krankheit zu. In der Literatur wird darauf verwiesen, dass eine Unterscheidung von Primär- und Sekundäreffekten von Arbeitsbedingungen sinnvoll erscheint (Marmot & Theorell, 1988; Oppolzer, 1994). Demnach unterscheiden sich die Primäreffekte von Arbeit auf Gesundheit und Krankheit dahingehend, dass sich die arbeitsbedingten Belastungen direkt auf den Organismus auswirken, wohingegen Sekundäreffekte von Belastungen sich eher über vermittelnde Aspekte wie soziale Unterstützung aber auch Lebensstile wie Rauchen und Bewegung niederschlagen. Neben den deutlich herausgestellten protektiven Faktoren der Arbeit an sich, wie Tagesstrukturierung, Sinnggebung aber auch Grundlage des

materiellen Bedürfnisses, zeigen sich durch Modellentwicklung eine Reihe von Ergebnissen, die die Bedeutung der Arbeit für Gesundheit und Krankheit herausstellen. Im Folgenden wird weniger auf die sogenannten physikalischen und direkt einwirkenden Stressoren wie beispielsweise Lärm, Hitze, Staub u. a. eingegangen, sondern vielmehr berücksichtigt, welchen Beitrag die Sozialepidemiologie bisher für das Setting Arbeit auf die Entstehung von Krankheit bzw. deren Bedeutung für den Verlauf von Erkrankungen herausgearbeitet hat – unter Berücksichtigung der Bedeutung der Arbeitslosigkeit.

In einem ersten Teil werden zwei Modelle dargestellt – das Job Strain Modell von Karasek und das Modell der Gratifikationskrisen von Siegrist – die für sich in Anspruch nehmen, den Beitrag von differierenden Arbeitsbedingungen relativ losgelöst von Aspekten der sozialen Ungleichheit zu betrachten.

Die Bedeutung von Arbeitslosigkeit für Beschwerden, Lebenszufriedenheit und Gesundheit wird in dem darauf folgenden Abschnitt näher betrachtet. In diesem Zusammenhang wird eine Definition von Arbeitslosigkeit gegeben und differenziert dargestellt, welche Personengruppen besonders von Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Im abschließenden Teil wird eine ausgewählte empirische Untersuchung vorgestellt, die der Frage der verlaufsmoderierenden Bedeutung von Arbeit und hier insbesondere während der psychosomatischen Rehabilitation nachgeht.

Modelle, die die Entstehung von Erkrankung aus der Perspektive von Arbeit betrachten

Job Strain Modell von Karasek/Theorell

Das wohl am prominentesten diskutierte Modell, das die Belastungen der Arbeitswelt in einen Zusammenhang mit erlebten Beeinträchtigungen bringt, ist das von Karasek und Theorell entwickelte Job Strain Modell (Karasek, 1979; Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom & Theorell, 1981). Dieses sogenannte Anforderungs-/Kontrollmodell geht davon aus, dass Tätigkeiten vor allem dann gesundheitsabträglich sind, wenn hohe Anforderungen – hier wird u. a. Zeitdruck diskutiert – mit niedrigem Kontroll- und Entscheidungsspielraum verbunden sind. Beinhaltet die Tätigkeit die Kombination von hohen Anforderungen und zeitgleich hohen Kontroll- und Einflusschancen, kann hingegen von einer gesundheitsförderlichen Arbeitsumgebung ausgegangen werden. Folgende Abbildung 4 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Entscheidungsspielraum, quantitativen Anforderungen und Distress:

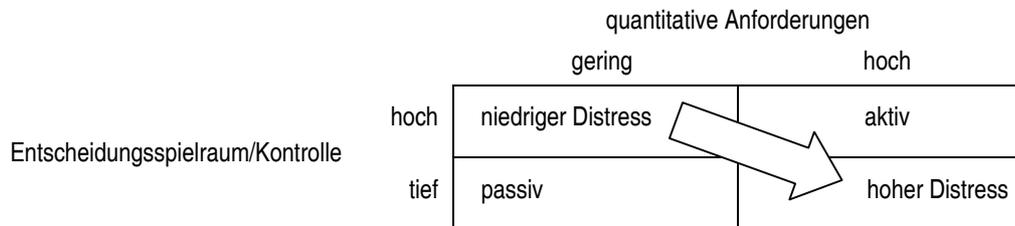


Abbildung 4 Anforderungs-/Kontroll-Modell beruflicher Belastungen (aus: Johannes Siegrist, 1995, S. 187)

Modell der beruflichen Gratifikationskrisen von Siegrist

Johannes Siegrist hat das Job Strain Modell von Karasek und Theorell weiterentwickelt und das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen entworfen und empirisch geprüft (Siegrist, 1996; Siegrist, 1998). Er unterscheidet dabei zwei unterschiedliche Verausgabungsquellen. Die extrinsische beinhaltet die extern definierten Arbeitsanforderungen – die intrinsische ergibt sich aus der Anforderungsbewältigung und der Verausgabungsbereitschaft der arbeitenden Person. Aus dieser Polarität entwickelt Siegrist das Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und Belohnung (vgl. auch Greiner, 2001).

Diese Modelle setzen sich in erster Linie mit der Entstehung von Erkrankungen – hier sind es vor allem Herz-Kreislaufkrankungen – vor dem Hintergrund spezifischer Belastungen, die durch bestimmte Konstellationen von beruflicher Situation und Arbeitsbedingungen entstanden sind, auseinander. Im Folgenden wird auf eine empirische Arbeit näher eingegangen, die die Bedeutung von beruflichem Hintergrund und Arbeitsplatzmerkmalen für den Verlauf einer psychosomatischen Rehabilitation herausarbeitet.

Krankheitsverlauf aus der Perspektive von Arbeit und Beruf

Ausgehend von einer Darstellung der medizinischen Rehabilitation in Deutschland und dem immer noch relativ unbefriedigenden Wirksamkeitsnachweis solcher Maßnahmen, erläutert Bürger die gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeit und Beruf sowie die spezifische Situation der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. Hier steht die Situation im Vordergrund, die die heterogenen Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation im Bereich Arbeit beschreibt. Bürger schreibt hierzu, dass die von den Patienten erlebten Veränderungen – also eine durch die Rehabilitation insge-

samt verbesserte Arbeitssituation – weniger deutlich ausfallen (Bürger, 1997, S. 92). Die arbeitsbezogenen Zielkriterien sind der Entlassstatus, die Wiedereingliederungsquoten, Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach der Rehabilitationsmaßnahme sowie Patienteneinschätzungen zu belastenden und protektiven Arbeitsplatzmerkmalen.

In einer Längsschnittuntersuchung analysiert Bürger multiperspektivisch – Daten werden auf Seiten der Patienten, Therapeuten und Kostenträger erhoben – über vier Messzeitpunkte den Erfolg einer stationären psychosomatischen Rehabilitation bei LVA-Versicherten. Diese Katamneseuntersuchung erhebt Daten zu Beginn und zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme sowie ein halbes und ein Jahr danach. Im Vordergrund der Untersuchung standen folgende Fragestellungen:

- Welche spezifischen beruflichen Probleme und Belastungen weisen die Patienten zu Beginn der Rehabilitation auf und wie häufig kommen sie in welcher Qualität vor?
- Welcher Stellenwert kommt dem "Arbeitsstress" im Krankheitskonzept von Patienten zu und welche Bedeutung hat eine solche Einstellung für die Behandlungsmotivation in Verbindung mit spezifischen Erwartungen an die stationäre Rehabilitation?
- Welche Möglichkeiten bestehen konzeptionell zur Behandlung beruflicher Belastungen und Probleme und wie wirksam sind sie?
- Welche Bedeutung haben berufliche Bedingungen für die Zielsetzung der beruflichen Reintegration auf Seiten der Patienten? (Bürger, 1997, S.93f.)

Hier stellt sich für den Autor die Frage, ob die psychosomatischen Beschwerden Ursache und/oder Folge der beruflichen Belastungen sind. Abschließend soll eine spezifische Bewertung der psychosomatischen Rehabilitation insbesondere im Bereich Arbeit und Beruf vorgenommen werden. Bürger formuliert auf Basis einer möglichen Beantwortung dieser Fragen die Zielstellung einer fundierten Konzeption therapeutischer Angebote für den Bereich Arbeit und Beruf. Im Mittelpunkt der standardisierten Erhebung auf Seiten des Patienten standen eine Reihe bereits wohl etablierter Verfahren der empirischen Gesundheitsforschung, auf die hier nur verwiesen werden soll (Bürger, 1997, S. 95ff.). Gleiches gilt auch für die berufsspezifischen Verfahren: Hier standen Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB), das Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA) sowie der Fragebogen zur Gesundheit in Beruf und Alltagsleben aus den Indikatoren des Reha-Status (IRES) im Vordergrund. Zusätzlich wurden noch selbstentwickelte Erhebungsverfahren eingesetzt, die die positiven Aspekte der Arbeit sowie die subjektive Bedeutung der Arbeit im Krankheitskonzept von Patienten erfassen sollten (Bürger, 1997, S. 99). Weiterhin wurden die Therapeuten gebeten, am Ende der Rehabilitationsmaßnahme eine Einschätzung zur Selbstsicherheit, sozialen Kompetenz, Intelligenz, Pädagogik, Klugheit sowie passiven Verände-

rungserwartungen abzugeben (Bürger, 1997, S. 100). Die arbeitsbezogenen Veränderungen infolge des Klinikaufenthaltes wurden auf Seiten des Patienten schwerpunktmäßig ein Jahr nach Ende der Maßnahme durchgeführt, in der Annahme, dass zu diesem Zeitpunkt kurzfristige Veränderungen nicht mehr wirksam sind und der berufliche Alltag wieder vorherrscht. Im Mittelpunkt standen hier Einschätzungen, in welchem Ausmaß die Patienten sich in ausgewählten Bereichen (Arbeit, Familie, Gesundheit, Freizeit etc.) noch durch ihre wichtigsten Beschwerden und Probleme eingeschränkt fühlen, sie bezogen auf die o.a. Bereiche den Erfolg der Behandlung bewerten, welche Perspektiven sie im beruflichen, privaten und gesundheitlichen Bereich haben sowie eine Einschätzung des berufsbezogenen Behandlungserfolgs. Die berufsspezifische Befragung wurde mit der Erhebung zu Veränderungen am Arbeitsplatz im Verhältnis zur Situation vor der Maßnahme, zu Veränderungen im Umgang mit Arbeitsbelastungen sowie zu möglichen Veränderungen im Erleben der Arbeitssituation abgeschlossen (Bürger, 1997, S. 102).

Die Untersuchungsstichprobe wurde zwischen dem 01.07.92 und dem 03.08.93 rekrutiert und bestand aus gewerblichen Arbeitnehmern, die zu Beginn der Untersuchung berufstätig, sowie bei der LVA Rheinland-Pfalz und Saarland versichert waren. Insgesamt konnten n=230 Patienten für die Auswertungen zugrundegelegt werden, für die auch der Fragebogen zur Arbeitssituation vorlag (für die Entwicklung zur Netto-Stichprobe vgl. Bürger, 1997, S. 105). Von diesen lagen wiederum für n=218 die Therapeuteneinschätzungen von Patientenmerkmalen, von n=207 die Basisdokumentationsdaten sowie für n=130 Krankenkassendaten vor. N=160 Patienten nahmen an der Halbjahreskatamnese und n=132 an der Einjahreskatamnese teil. Die Überprüfung möglicher Selektionseffekte ergab, dass sich die Studienteilnehmer nicht von einer typischen LVA-Kohorte unterscheiden, dass bei den längsschnittlichen Erhebungen eher die Patienten teilnahmen, die den Klinikaufenthalt erfolgreicher erlebten und dass es keine Hinweise dahingehend gibt, dass die Patienten aufgrund einer besonderen Belastungssituation vermehrt an der Katamnese teilnahmen.

Die Auswertung der soziodemografischen Variablen ergab, dass das mittlere Alter der Patienten bei 40.6 Jahren lag, der Familienstand der Patienten überwiegend verheiratet war und dass die Patienten zu 71.7% mit festem Partner bzw. in Ehe lebten. Häufigste Erstdiagnosen waren depressive Störungen, Angststörungen sowie funktionelle Störungen (Bürger, 1997, S. 111). Hervorzuheben ist hier, dass ein hoher Anteil der Patienten multimorbide erkrankt ist.

Der überwiegende Teil der Patienten ist vollzeitbeschäftigt (85.2%), 80% der Stichprobe sind Arbeiter und 37.8% sind ungelernnt. 76.1% der Patienten haben einen Hauptschulabschluss und die mittlere Dauer der gegenwärtig ausgeübten Tätigkeit beträgt 11.5 Jahre. 72.6% der Patienten waren zum Befragungszeitpunkt nicht ein Mal arbeitslos – die mittlere Dauer der Arbeitslosigkeit derjenigen, die wenigstens ein Mal arbeitslos waren, betrug 12.4 Monate (Bürger, 1997, S. 113).

Die **Ergebnisse** zur Häufigkeit und Art beruflicher Belastungen zeigen, dass sich etwa ein Viertel der Patienten als regelmäßig beruflich belastet einschätzt. Wenn sich die Patienten als belastet einschätzen, so kann davon ausgegangen werden, dass diese Belastung bereits seit mehr als drei Jahren vorliegt (Bürger, 1997, S. 135). Der weit-aus größere Teil mit etwa 50% schätzt sich als nicht beruflich belastet ein. Als Gründe für die beruflichen Belastungen geben die Befragten mangelnde berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, Organisation und Leitung ihres Betriebes und ihrer Vorgesetzten an. Werden die Ergebnisse der Patienten mit denen von Referenzwerten einer gesunden Population verglichen, so zeigen sich deutliche Unterschiede dahingehend, dass die Patienten durch schwere Arbeit, durch Fließband- und Akkordarbeit, Monotonie u. a. besonders belastet sind (Bürger, 1997, S. 135).

Welche Bedeutung die Arbeit im Krankheitskonzept der Patienten besitzt, zeigt deren Stellenwert deutlich auf. Dabei weist der berufliche Bereich und die darin erlebten Belastungen auf Ursachen des Behandlungsleidens bei den Patienten hin – andere Ursachen wie beispielsweise familiäre Probleme haben demgegenüber eine geringere Evidenz. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass im Arbeitsbereich die Folgen der Erkrankung besonders spürbar werden und sich in geringerer Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit niederschlagen (Bürger, 1997, S. 149). Deutlich wird auch, dass ein großer Teil der Patienten während der Rehabilitationsmaßnahme über ihre eigene Arbeits- und Berufssituation sprechen will und sich hierdurch Unterstützung erwartet – dies gilt besonders für die Patienten, die sich beruflich belastet fühlen. Der Autor betont hier besonders, dass dieser intensive Beratungsbedarf auch durch die Patienten geäußert wird, die sich in einem Rentenverfahren befinden oder eine entsprechende Intention berichten (Bürger, 1997, S. 150).

Bei der Untersuchung, welche Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzmerkmalen und psychischen bzw. körperlichen Beschwerden existieren, zeigt sich in erster Linie eine Korrelation zwischen Arbeitsplatzmerkmalen und psychischen Beschwerden (Bürger, 1997, S. 159). Dabei erwiesen sich die Skalen Handlungsspielraum und Kommunikationsmöglichkeiten als protektive Faktoren für die psychische Befindlichkeit. Bürger

stellt dabei heraus, dass sich mit protektiven und belastenden Arbeitsplatzmerkmalen 30% der Varianz der psychischen Beschwerden erklären lassen (Bürger, 1997, S. 159f.). Auch wurde durch die Betrachtung der spezifischen Verteilung von Fehlzeiten deutlich, dass diese vermehrt durch die Patienten verursacht werden, die sich durch ihre Vorgesetzten belastet fühlen, geringe Handlungsspielräume besitzen und sich durch die Tätigkeit selbst belastet fühlen. In ausgewählten Teilen der Arbeit wird auf die Frage Bezug genommen, ob Krankheit Ursache oder Folge von bestimmten Belastungen sein kann (Verursachungshypothese, vgl. weiter unten auch den Abschnitt zu Arbeitslosigkeit). Bürger kommt hier zu der Annahme einer eher umgekehrten Verursachungshypothese, indem er Ergebnisse vorlegt, die nahe legen, dass psychische Beschwerden soziale Belastungen am Arbeitsplatz bedingen (Bürger, 1997, S. 160). Diese Folgerung unterlegt er damit, dass "psychosomatische Patienten häufig lange AU-Fälle aufweisen, möglicherweise interaktionelle Schwierigkeiten haben und infolge ihrer Beschwerden Leistungseinbußen erleben" (Bürger, 1997, S. 160). Dies lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass die Daten dafür sprechen, dass Patienten aufgrund vermehrter Fehlzeiten Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten hervorrufen (Bürger, 1997, S. 160).

Besonderen Stellenwert in der von Bürger vorgelegten Untersuchung nimmt die Inanspruchnahme und Bewertung der in der Klinik angebotenen berufsbezogenen Therapieangebote ein. Hier liegen die Daten von n=61 Patienten vor – Patienten, "die stärker beruflich belastet sind, weniger positive Arbeitsbedingungen nennen, die deutlich erhöhte Fehlzeiten im Jahr vor dem Klinikaufenthalt aufweisen und bei denen ein Rentenverfahren oder ein vermuteter Rentenwunsch besteht." (Bürger, 1997, S. 172f.). Zusammenfassend sind es in erster Linie Kriterien wie ein laufendes Rentenverfahren, eine Zeitrente sowie Fehlzeiten von über 180 Tagen im Jahr vor der Maßnahme, die für eine Zuweisung zu berufsbezogenen Klinikangeboten stehen. Interessant erscheint, dass die Patienten mit diesen Merkmalen, die berufsbezogenen Therapieangebote weniger günstig bewerten als die Einzelgespräche oder störungsspezifischen Gruppenangebote (Bürger, 1997, S. 174).

Kommt es zu einer Bewertung der psychosomatischen Rehabilitation im Bereich Arbeit, so kann zusammengefasst werden, dass die Patienten hier in ihrer Einschätzung gegenüber anderen Angeboten deutlich zurückhaltend berichten. Spezifisch auf die Situation am Arbeitsplatz ausgerichtet, sind es vor allem Aspekte wie Selbstbewusstsein und Durchsetzungsfähigkeit am Arbeitsplatz, die positiv verändert berichtet wurden. Nur ein geringer Teil der Rehabilitanden berichtet Verbesserungen hinsichtlich Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit (Bürger, 1997, S. 208f). Die differenzierte Be-

trachtung der Fehlzeitenverläufe deutet darauf hin, dass es infolge des Klinikaufenthaltes zu einer leichten Reduktion gekommen ist – dieser Effekt muss jedoch mit Zurückhaltung gesehen werden, da statistische Regressionseffekte und ein epidemiologischer AU-Trend wahrscheinlich sind. Es sind vor allem protektive Aspekte der Arbeit, die von den Patienten nach der Rehabilitation günstiger bewertet werden, als die belastenden Faktoren (Bürger, 1997, S. 209f).

Die Untersuchung konnte zeigen, welche Bedeutung arbeits- und berufsspezifischen Faktoren hier bei psychosomatischen Patienten zukommt. Herausgestellt werden konnte ebenfalls die Bedeutung, die die Patienten den Arbeitsplatzmerkmalen für ihre Erkrankung zuweisen. Dabei sind vorrangige, durch die Patienten berichtete Belastungsfaktoren solche, die von ihnen noch am ehesten als veränderbar erlebt werden, wie Konkurrenzdruck, soziale und organisationale Belastungen sowie der Umgang und die Auseinandersetzung mit Kollegen. Besondere prospektive Bedeutung kommt demgegenüber Faktoren wie Handlungs-, Kommunikations- und Entwicklungsmöglichkeiten zu. Betrachtet man die Faktoren, die für eine Prognose des zukünftigen Erwerbslebens angenommen werden, so sind es berufsbezogene Faktoren, die eine bessere Vorhersage erlauben gegenüber beschwerdespezifischen. Bezogen auf die berufsspezifischen Angebote während der psychosomatischen Rehabilitation erzeugen die Ergebnisse etwas Ernüchterung. Fokussiert man jedoch auf die hohe Bedeutung, die die Patienten im Selbstbericht berufsbezogenen Aspekten ihrer Erkrankung zuordnen, so ist auf Basis einer Analyse von rehabilitativen Behandlungsangeboten von einem starken Unterangebot berufsspezifischer Behandlungsangebote auszugehen.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit/Krankheit

Die sozialökonomische Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland ist durch Phasen von Massenarbeitslosigkeit gekennzeichnet. Für 1998 werden 4.3 Mio. Arbeitslose berichtet – im Gegensatz zu 2.6 Mio. 1991. Als arbeitslos werden die Personen registriert, die sich

- beim Arbeitsamt als arbeitssuchend melden,
- nicht älter als 65 Jahre sind,
- nicht SchülerInnen, Studierende oder TeilnehmerInnen an beruflichen Bildungsmaßnahmen sind,
- nicht Empfänger von Altersrente sind,
- nicht oder nur geringfügig beschäftigt sind,
- nicht arbeitsunfähig krank sind und
- sofort für eine Arbeitsaufnahme zur Verfügung stehen und bereit sind, jede "zumutbare" Beschäftigung anzunehmen

(nach Bäcker et al., 2000, S. 319).

Arbeitslosigkeit muss grundsätzlich als soziales Risiko aufgefasst werden, das ein Großteil der Bevölkerung bereits persönlich erfahren hat. Arbeitslosigkeit in Deutschland ist gekennzeichnet durch große und anwachsende regionale Ungleichgewichte des Beschäftigungsrisikos und dessen Konzentration auf bestimmte Arbeitnehmergruppen bzw. bestimmte Gruppen von Arbeitslosen. Besonders von Arbeitslosigkeit betroffen sind ältere ArbeitnehmerInnen, Behinderte, gesundheitlich Beeinträchtigte sowie gering Qualifizierte.

Wenn in diesem Abschnitt von den unmittelbaren Folgen der Arbeitslosigkeit auf den Menschen die Rede ist, so wird zwischen sozialen und gesundheitlichen Folgen unterschieden. Bei den gesundheitlichen Folgen sind es in erster Linie psychische Einschränkungen als Folge von Arbeitslosigkeit. Bei den sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit steht die Bedeutung des Berufs als Bindeglied zwischen Individuum und Gesellschaft im Vordergrund. Dieses Verhältnis bestimmt die individuelle Wertschätzung und soziale Anerkennung. Da über den Beruf und mithin die Arbeit eine Normierung von Lebenszyklen bestimmt wird, kann Arbeitslosigkeit besonders in der Phase, nachdem es zur Abkopplung vom Elternhaus hin zur ökonomischen Selbständigkeit und Gründung einer eigenen Familie gekommen ist, zu Veränderungen traditioneller Vorstellungen und Rollenerwartungen führen. Empirische Untersuchungen konnten zeigen, dass dies unter Umständen zu erheblichen persönlichen Verunsicherungen führen kann (vgl. Laubach, Mundt & Brähler, 1999). Dies gilt auch für Ergebnisse, die zeigen konnten, dass die nicht-finanziellen Belastungen stärker beeinträchtigend empfunden wurden als die finanziellen. Bäcker et al. berichten hier von folgenden Abhängigkeiten: "Je größer die materielle Not ist, desto belastender wird die Arbeitslosigkeit erlebt, umso mehr sind Sozialkontakte gefährdet und verringern sich soziale Netzwerke mit ihren stützenden und helfenden Funktionen. Es wächst die Tendenz zur Isolation und sozialem Rückzug" (Bäcker et al., 2000, S. 343; vgl. auch Bammann & Hel-

mert, 2000, S. 160). Die Autoren beschreiben diese Umstände als Folge eines Vierphasenmodells:

- Schock unmittelbar nach Eintritt der Arbeitslosigkeit
- Optimismus gekennzeichnet durch aktive Stellensuche
- Pessimismus wiederholte Absagen, Geldnöte, familiäre Probleme, sinkender Selbstwert, reduzierte Sozialkontakte
- Fatalismus Resignation (Bäcker et al., 2000, S.343)

Die Autoren berichten, dass dieses Phasenmodell empirisch bestätigt worden ist und Arbeitslosigkeit auch vermittelt über diese Faktoren Einfluss auf das Familiensystem hat. Bei den mitbetroffenen Partnern und Kindern wurden Symptome wie Angst, Unruhe, Konzentrationsschwäche und Leistungsabnahme beobachtet.

Elkeles weist hier auf die Tradition epidemiologischer Untersuchungen hin, zu deren Hauptwerken sicherlich die "Arbeitslosen von Marienthal"¹³ zu zählen sind (Elkeles, 2001). Er zeichnet anhand einer Reihe ausgewählter empirischer Befunde die Bedeutung von Arbeitslosigkeit für Erkrankungen auf, die im Folgenden überblicksartig zusammengefasst werden:

- Zunahme von Mortalitätsraten für verschiedene Länder und Todesursachen nach Anstieg der Arbeitslosenquoten
- doppelt so hohe Sterblichkeit finnischer arbeitsloser Männer im Vergleich zur Normalbevölkerung
- um 2.6fach erhöhte Sterblichkeit beim Status Arbeitslosigkeit gegenüber dem Status Erwerbstätigkeit auf Basis von Krankenversicherungsdaten (Elkeles, 2001, S. 71f.)

Weiterhin konnte empirisch bestätigt werden, dass der Umstand der Arbeitslosigkeit mit einer ganzen Reihe gesundheitsrelevanter Faktoren einhergeht. Diese sind nicht in dem Sinne konsistent, um von einer typischen Erkrankung bei Arbeitslosen zu sprechen, fassen jedoch bestimmte Merkmale wie eine durchgängig schlechtere selbstberichtete Gesundheit sowie einen allgemeinen Rückgang der allgemeinen Zufriedenheit zusammen. Dies gilt auch für psychosomatische Beschwerden wie Schlaflosigkeit, depressive Symptome, Ängste oder Magen-Darmstörungen. Zu bemerken ist auch, dass Arbeitslose einem erhöhten Suchtmittelkonsumrisiko unterliegen.

¹³ Marienthal ist ein kleines Industriearbeiterdorf in Niederösterreich, das Mitte vorletzten Jahrhunderts um eine Textilfabrik entstanden ist. Diese schloss 1930. Die Sozialforscher M. Jahoda, P. F. Lazarsfeld und H. Zeisel wählten diesen Ort zur Untersuchung der Folgen von Arbeitslosigkeit. Die Untersuchung fand im Winter 1932 statt und gilt als klassische Studie der empirischen Sozialforschung.

In einer aktuellen Auswertung untersuchten Bammann u. Helmert bei 10.260 Männern und 4.413 Frauen (im Alter zwischen 25 und 59 Jahren) aus den Surveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP; vgl. oben) die Personen, die aktuell erwerbstätig bzw. arbeitslos gemeldet sind (Bammann & Helmert, 2000, S. 164). Zentrale Untersuchungsvariablen waren die soziale Schicht, Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen, gesundheitliches Risikoverhalten (Rauchen, Alkohol, Schmerzmittel, Übergewicht, Bewegung). Zielkriterien waren die Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand sowie die Beschwerdeliste von von Zerssen.

Deutlich wird durch die Ergebnisse, dass Personen unterer sozialer Schichten eher Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit machen, dies gilt besonders für ledige Männer sowie verheiratete Frauen. Dieser Umstand kann mit der unterschiedlichen Verteilung der Hauptverdiener begründet werden. Für die arbeitslosen Männer zeigte sich, dass sie häufiger unzufrieden mit ihrem Leben sowie mit ihrer finanziellen und familiären Situation sind, häufiger rauchen, vermehrt Alkohol sowie Schmerzmittel konsumieren und ein ungünstiges Bewegungsverhalten aufzeigen. Die Kausalanalyse zeigt für Arbeitslose einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand – gleiches gilt auch für den psychosomatischen Beschwerdezustand. Für Frauen stellen sich diese Ergebnisse weniger deutlich dar (Bammann & Helmert, 2000, S. 173).

Insgesamt resümieren die Autoren einen insgesamt schlechteren Gesundheitszustand und ein ungünstigeres gesundheitsrelevantes Verhalten bei Arbeitslosen, vor allem bei Männern. Zusätzlich merken sie an, dass die Forschungssituation zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit als insgesamt defizitär zu bezeichnen ist. Aufgrund der Anlage als Querschnittsdesign ist es auf Basis der für Deutschland vorhandenen Daten nicht möglich, abschließend zu einer Bewertung zu gelangen, ob Selektions- und/oder Kausalhypothese den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit erhellen können (Bammann & Helmert, 2000, S. 179).

Zusammenfassend ist von einem erhöhten Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko bei Arbeitslosigkeit auszugehen. Nicht zu vernachlässigen sind zudem Faktoren, die eine unmittelbare soziale Folge von Arbeitslosigkeit darstellen und somit als typische Einflussvariablen auf der Meso-Ebene des hier diskutierten Gesamtmodells zu verorten sind.

Oft diskutierte Erklärungsansätze wie beispielsweise die Selektionshypothese, die davon ausgeht, dass Personen mit schlechterem Gesundheitszustand auch ein erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko haben, sowie die Kausalhypothese mit ihrer Implikation,

dass eine schlechtere Gesundheit kausal mit Arbeitslosigkeit verbunden ist, konnten bisher nicht belegt werden. Die Betrachtung möglicher vorhandener Präventionsangebote spezifisch für Arbeitslose zeigt eine ebenfalls defizitäre Situation. Bisher stellen Arbeitslose nur selten eine konkrete Zielgruppe für gesundheitsförderliche Maßnahmen dar. Für die internationale Forschungssituation zum Thema Arbeitslosigkeit und Krankheit vergleiche den Übersichtsbeitrag von Wilson und Walker (Wilson & Walker, 1993).

Soziale Unterstützung, Krankheit und Sterblichkeit

Zu einem Forschungsgebiet mit bereits langjähriger Tradition muss die Analyse des Einflusses sozialer Unterstützung auf Krankheit und Sterblichkeit gezählt werden. So untersuchten bereits in den sechziger Jahren Syme und Berkman in einer epidemiologischen Längsschnittstudie in Alameda County (Kalifornien) den Einfluss sozialer Unterstützung auf die Mortalität. Die Stichprobe bestand aus 4.775 Erwachsenen im Alter zwischen 30 und 69 Jahren (Berkman & Syme, 1979). Dabei wurden vier verschiedene Formen sozialer Beziehungen zugrunde gelegt: Ehe, Kontakte im größeren Familienkreis und zu Freunden, Mitgliedschaft in einer Kirchengemeinde und in sonstigen informellen Gruppen. Die Ergebnisse des Neun-Jahres-Follow-up zeigten, dass jede der erhobenen Formen sozialer Beziehungen einen entscheidenden Einfluss auf die Mortalität hat. Die Autoren entwickelten einen kombinierten Index „Soziales Netzwerk“, der sich als signifikanter Prädiktor für Mortalität mit einem relativen Risiko von 2.0 erwies.

In einer Reproduktionsstudie zu der sog. Alameda County Study von Syme und Berkman konnten House et al. die Ergebnisse im Wesentlichen reproduzieren (House, Cynthia & Methner, 1982). Unter Hinzunahme von biomedizinischen Parametern zeigten House et al. in der Tecumseh Community Health Study bei $n=2.754$ mit der gleichen Altersverteilung wie bei Syme und Berkman für einen Untersuchungszeitraum von zehn bis zwölf Jahren ein relatives Risiko für Männer von 2.0 bis 3.0 und bei Frauen von 1.5 bis 2.0, aufgrund mangelnder sozialer Beziehungen vorzeitig zu sterben.

Schoenbach et al. verwendeten ebenfalls einen ähnlichen Index wie den von Syme und Berkman entwickelten zur Abbildung sozialer Beziehungen und haben in der sog. Cardiovascular Epidemiology-Study in Evans (Georgia) über einen Zeitraum von elf bis dreizehn Jahren ähnliche Ergebnisse gefunden wie die Studien von Syme/Berkman und House. Allerdings waren hier die Ergebnisse nicht ganz so stark

ausgeprägt. Reproduziert werden konnte jedoch die prädiktive Bedeutung sozialer Beziehungen für Sterblichkeit und eine unterschiedliche Gewichtung bei Männern und Frauen.

Welin et al. untersuchten anhand von Geburtskohorten in Göteborg zwei Gruppen von Männern. Nach Kontrolle der wesentlichsten Einflussfaktoren wie Alter, Blutdruck, Cholesterin, Nikotin und selbstberichteter Gesundheit zeigte sich, dass die Mortalität im Jahre 1982 in beiden Untersuchungsgruppen in umgekehrten Verhältnis zur 1973 angegebenen Zahl der im Haushalt lebenden Personen sowie der außerhäuslichen Aktivität der Männer stand (Welin et al., 1985).

Die Reihe von Untersuchungen ließe sich hier weiter fortsetzen. Gemeinsam ist jedoch allen Ergebnissen, dass sie unabhängig vom verwendeten Index oder Operationalisierungen sozialer Beziehungen und sozialer Unterstützung eine erhebliches Risiko vorzeitig zu sterben, bei den Personen ausmachen, die in ihrem Leben insgesamt nur wenig soziale Unterstützung erhalten. Dies gilt vermehrt für Männer als für Frauen. An dieser Stelle soll zudem auf den sehr umfassenden Sammelband von Badura hingewiesen werden (Badura, 1981).

Auch für den Bereich der sozialen Unterstützung soll wiederum vertiefend Bezug auf eine Arbeit genommen werden, die sich speziell mit dem Wirkmechanismus sozialer Unterstützung auf den Verlauf einer chronischen Erkrankung auseinandergesetzt hat und die als eine der wegweisenden sozialepidemiologischen Arbeiten auf dem Gebiet der Rehabilitationsforschung gelten muss.

Soziale Unterstützung und Krankheits- bzw. Rehabilitationsverlauf

Badura et al. untersuchten in der sogenannten Oldenburger Longitudinal Studie die Rehabilitationskarriere von männlichen Herzinfarkt-Patienten ein Jahr nach dem Ausbruch der Erkrankung. Zur Analyse des Krankheitsbewältigungsprozesses wurden zur Abbildung verschiedenster Lebensbereiche Daten der somatischen, psychosozialen und sozialen Dimension erhoben. Im Vordergrund stand dabei das vielfältige situative Geschehen der Patienten, das von den Autoren in der medizinischen Versorgung, in der Familie, in der Arbeitswelt und in der Freizeit gesehen wurde. Weiterhin wurden Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsstile der Betroffenen erhoben und beschrieben.

Angestrebt wurde die Erhebung von insgesamt 1.000 männlichen Erstinfarktpatienten, um deren Rehabilitationsverlauf ein Jahr lang nach dem Infarkt zu verfolgen. Vorge-

sehen waren drei Messzeitpunkte: Zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung wurden der Patient und sein behandelnder Arzt, ein halbes Jahr nach der Entlassung wiederum der Patient und ein Jahr nach der Entlassung wurden wiederum der Patient, seine Partnerin und der behandelnde Hausarzt befragt (Badura et al., 1987, S. 466).

Neben einer ganzen Reihe somatischer Parameter, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, lag der Erhebungsschwerpunkt im psychosozialen Bereich. Neben dem psychischen Wohlbefinden, psychischer Zustände wie Angst und Depression wurden Aspekte wie Kontrollüberzeugungen, Selbstkonzept und die subjektive Einschätzung des Krankheitszustandes erhoben. Im sozialen Bereich standen Kriterien wie Rückkehr zur Arbeit sowie die Wiederaufnahme sozialer Rollen in Familie, in sozialen Netzen und die Wiederaufnahme von Freizeitaktivitäten im Vordergrund (Badura et al., 1987, S. 467).

Mittels einer geschichteten Zufallsstichprobe aller Akutkliniken in der Bundesrepublik wurden insgesamt 213 Kliniken mit 288 Kontaktärzten in die Untersuchung aufgenommen. Aufnahmezeitraum bestand für die Kontaktärzte ein halbes Jahr lang mit folgenden Einschlusskriterien: deutsch, männlich, klinisch gesicherter erster Infarkt, Höchstalter 60 Jahre, keine absehbar vorhergesehene Bypass Operation sowie Erwerbsfähigkeit, also keine Verrentung aufgrund von Erwerbsunfähigkeit. Innerhalb von 10.5 Monaten wurden 998 Patienten aus 483 verschiedenen Orten der Bundesrepublik in die Untersuchung einbezogen. Für diese Patienten lagen aus 213 Kliniken 949 Arztbriefe vor. Zur Halbjahreskatamnese beteiligten sich wiederum 841 Patienten, was einer Ausschöpfungsrate von 85% entspricht. Von diesen nahmen wiederum 608 Patienten an der Einjahreskatamnese teil, entsprechend einer Ausschöpfung von 72%. Zu diesen Patienten lagen weiterhin 521 Fragebögen der Partnerinnen sowie die Daten von 476 Hausärzten zu den entsprechenden Patienten vor (Badura et al., 1987, S. 469).

Die Studie von Badura et al. wurde unter dem Synonym "Leben mit dem Herzinfarkt" bekannt, da sie neben den patientenbezogenen Daten aus dem Selbstbericht und den entsprechenden Daten der behandelnden Ärzte auch die Angaben der jeweiligen Lebenspartnerinnen mit einbezogen hat. In diesem Zusammenhang wurde besonderes Augenmerk auf die Ausmaße und Qualität der sozialen Unterstützung während des Rehabilitationsprozesses gerichtet. Dies macht sich bereits durch die gewählten Messverfahren bemerkbar, die sowohl dem Patienten wie auch ein Jahr später den Lebenspartnerinnen vorgelegt wurden. Hier ist neben der Qualität der Ehebeziehung und der zu den Kindern auch die Unterstützung durch Ehepartnerin, Kinder und

Freunde auf Seiten des Patienten erhoben worden – diese Bereiche wurden auf Seiten des Patienten zu beiden Katamnesezeitpunkten wiederholt abgefragt und während der Abschlussbefragung ein Jahr nach Manifestation auch der Lebenspartnerin vorgelegt. Ausgewählte Ergebnisse werden im Folgenden übersichtsartig dargestellt.

Badura betont in seinen einleitenden Ausführungen, dass die vorliegende Untersuchung weniger auf den Stress als auslösendes Moment der Krankheit, sondern vielmehr auf den Stress, der durch die Krankheit folgt, fokussiert. Hier steht zu beachten, dass neben der Vielzahl von Belastungen – auf diese wurde weiter oben bereits im Modell der psychosomatischen Rehabilitation eingegangen – in Familie, Arbeit und Freizeit auch eine ganze Reihe von Ressourcen zur Verfügung stehen.

Neben Auswertungen und Berichten zu Themen wie Patientenorientierung, berufliche Wiedereingliederung und medizinischer Aspekte stellt die Oldenburger Longitudinalstudie den Beitrag sozialer Unterstützung während der Herzinfarkt-rehabilitation in den Vordergrund. Im Folgenden werden die Beiträge von H. Pfaff sowie von M. Waltz dargestellt. Pfaff beschreibt in seinem Beitrag die soziale Unterstützung innerhalb der Arbeitssituation und deren Auswirkungen auf den Genesungsverlauf, Waltz geht auf die Bedeutung der Familie für die Bewältigung des Myokardinfarktes ein. Beide legen für ihre Analysen die Daten der Oldenburger Longitudinal Studie zugrunde, die weiter oben beschrieben wurde.

Soziale Unterstützung und Arbeitssituation

H. Pfaff hat in seinem Beitrag "Arbeitssituation und Infarkt-bewältigung" die inhaltlichen Grundlagen definiert und entsprechende Analysen vorlegt. Dabei wurde soziale Unterstützung auf drei Ebenen erfasst: Netzwerkstruktur, Interaktionen und kognitive Einschätzungen (Pfaff, 1987, S. 215ff. u. 237). Pfaff untersucht in seinem Beitrag die Quantität und Qualität sozialer Unterstützung während der Erwerbsarbeit. In den Bereichen Interaktion und kognitive Einschätzungen werden mittels Faktorenanalyse folgende Unterstützungsmaße ermittelt: Die *problembezogene Hilfeleistung* stellt die wahrgenommene Häufigkeit von Hilfeleistungen der Arbeitskollegen dar, die auf die Behebung konkreter Probleme des Befragten abzielen. Die Skala *Gruppenkohäsion* bildet den wahrgenommenen Grad des Zusammenhalts unter den Arbeitskollegen ab, während die Skala *Rückhalt am Arbeitsplatz* die wahrgenommene Bereitschaft der Arbeitskollegen darstellt, den Rehabilitanden anzuerkennen und in Krisenzeiten Unterstützung zu geben. *Informelle Kommunikation* spiegelt das wahrgenommene Ausmaß an Eingebundenheit in den betriebsinternen interpersonellen Informationsfluss

und an Möglichkeiten zur informellen Kommunikation wider. Die Skala *Qualität sozialer Beziehungen* stellt den Grad der Angemessenheit der Kontakte zu den Personen des Arbeitszusammenhangs dar und wird auf Einzelitemebene abgebildet. Die *infarktbedingte Rücksichtnahme* gibt den wahrgenommenen Grad der Bereitschaft der Personen aus dem Arbeitszusammenhang, seit dem Infarkt eher auf den Infarkt Betroffenen Rücksicht zu nehmen. Abschließend sei noch die Skala *Handlungsspielraum* zu nennen, die das wahrgenommene Ausmaß des individuellen Entscheidungs- und Kontrollspielraums bei der Arbeitsplanung und -ausführung wiedergibt (Pfaff, 1987, S. 237f.). Die auf den Messzeitpunkt ein Jahr nach Infarkt bezogenen Ergebnisse zeigen zu den aufgeführten Dimensionen, dass es vor allem die Gruppenkohäsion ist, die einen stark signifikanten Zusammenhang zu den Krankheitsbewältigungsindikatoren aufweist – gleiche Ergebnisse zeigen sich auch für die Dimensionen Rückhalt am Arbeitsplatz und informelle Kommunikation in ihrem Zusammenhang zu wesentlichen Outcomemaßen. Nach Pfaff wird durch diese Ergebnisse die These gestützt, dass Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis zu ihren Arbeitskollegen haben, ein besseres psychisches Wohlbefinden haben (Pfaff, 1987, S. 241). Darüber hinaus konnte der Handlungsspielraum als mögliche Bewältigungsressource neben der sozialen Unterstützung in ihrem positiven Zusammenhang mit Krankheitsbewältigungsfaktoren identifiziert werden. Auf der anderen Seite konnte kein Beitrag der Häufigkeit problembezogener Hilfeleistungen zwischen den Arbeitskollegen sowie das Ausmaß infarktbedingter Rücksichtnahme hinsichtlich der Krankheitsbewältigung aufgezeigt werden. Neben methodischen Unwegsamkeiten bedient sich Pfaff für eine mögliche Begründung der Stigmatisierung, die in der noch recht labilen Phase der Rehabilitation bei den Patienten zum Tragen kommen könnte: "Der positive Effekt der Hilfeleistung an sich und der negative Effekt der Deutung dieser Interaktion im Sinne eines Stigmatisierungszeichens können sich u. U. in ihrer gesundheitlichen Wirkung gegenseitig aufheben" (Pfaff, 1987, S. 250).

Die Bedeutung der Familie für die Bewältigung des Myokardinfarktes

In einem weiteren Beitrag untersucht Waltz die Bedeutung der Familie für die Bewältigung des Myokardinfarktes (Waltz, 1987, S. 315). Neben einer intensiven Ermittlung der Umstände die die Familie als "wichtigsten sozialen Kontext des Menschen während des Lebenszyklus" (Waltz, 1987, S. 316) darstellt, beschreibt Waltz die Beziehung zwischen Familiensituation und Lebensqualität nach Herzinfarkt. Demnach ist Lebensqualität "ein einfacher Indikator komplexer psychosozialer Prozesse (...), der den Bedürfnissen einer epidemiologisch ausgerichteten Forschung entspricht. Lebensqualität widerspiegelt einerseits die soziale Umwelt des Menschen und anderer-

seits seine Fähigkeiten, mit Lebenskrisen und anderen Stressoren umzugehen. In der sozialwissenschaftlichen Rehabilitationsforschung wird Lebensqualität deshalb als summarisches Indiz der Krankheitsbewältigung betrachtet, in der Ursachenforschung als grober Indikator pathologischer und gesundheitsfördernder Umwelteinflüsse" (Waltz, 1987, S. 316). Unter Zugrundelegung dieser Definition eines der wesentlichen Outcomemaße und dem Studium ausgewählter epidemiologischer Ergebnisse zur Thematik ehelicher/familiärer Support, aus denen klar die Bedeutung einer guten ehelichen/familiären Beziehung für Gesundheit und Sterblichkeit hervorgeht, prüft Waltz folgende Annahmen bei den untersuchten Herzinfarktpatienten. Er geht davon aus, dass die Rahmenbedingungen der Krankheitsbewältigung verschiedenen Mustern folgen, dass also verschiedene Gruppen unterschiedlich ausgestaltete Bewältigungsverfahren nach denen für sie existierenden Möglichkeiten haben. Wesentliche sich gegenüberstehende Gruppen sind natürlich die Patienten, die ein (vorhandenes) gut funktionierendes Ehe-/Familiensystem vorfinden gegenüber denen, die entweder gar keines besitzen oder deren Funktionsweise stark eingeschränkt ist (Waltz, 1987, S. 327). Um dies empirisch zu operationalisieren, werden die weiter oben bereits kurz beschriebenen Prädiktoren wie Grad der sozialen Unterstützung, Ehezufriedenheit/Unzufriedenheit und Ehekonflikt und als Zielkriterium das von Bradburn (Bradburn, 1969) vorgeschlagene Zweifaktorenmodell der Lebensqualität, das "negative und positive Umwelteinflüsse sich hauptsächlich in zwei voneinander unabhängige Affektbereiche widerspiegeln" (Waltz, 1987, S. 327) dargestellt.

Waltz nimmt in seinen empirischen Untersuchungen an, "dass Patienten, die in einer supportiven und wenig belastenden Familiensituation leben, einen deutlich günstigeren Krankheitsverlauf aufweisen" (Waltz, 1987, S. 329). Zusammenfassend prüft Waltz fünf Thesen, die die Annahmen beinhalten, dass sich Eheprobleme negativ auf die Lebensqualität auswirken und zu einer "Erosion des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens" führen. Auf der anderen Seite gehen die Thesen davon aus, dass Verheiratetsein und eine enge Ehebeziehung sich positiv auf die Lebensqualität auswirken sowie als Puffer einen günstigen Einfluss auf das Copingverhalten haben.

Die Beschreibung der zugrunde gelegten Daten aus der Oldenburger Longitudinal Studie zeigt, dass 87% der Herzinfarktpatienten verheiratet, 5% ledig und niemals verheiratet, 2% Witwer und 6% geschieden oder in Trennung lebend waren. Die Daten zur Qualität der Zweierbeziehung wurden von beiden Ehepartnern retrospektiv vor dem Krankheitsereignis und während des Jahres nach dem Herzinfarkt erhoben. Die zu den oben aufgestellten Thesen erzielten Ergebnisse werden im Folgenden kurz skizziert. Es besteht eine Beziehung zwischen positiven sozialen Einflüssen sowie der

ehelichen Vertrautheit und der positiven Affektkomponente, demnach zeigen hier Verheiratete die höheren Werte (Waltz, 1987, S. 355ff.). Im Umkehrschluss zeigt sich thesenkonform, dass negative soziale Einflüsse eine Beziehung zur negativen Affektkomponente und sich Ehekonflikte als einer der besten Prädiktoren für diese Komponente zeigen. Auch konnte durch die Ergebnisse die These bestätigt werden, dass "soziale Unterstützung die Stressverarbeitung (Coping) begünstigt und zu einer Reduzierung negativer Stressreaktionen führt." (Waltz, 1987, S. 357). Nicht bestätigt werden konnte hingegen die These, dass positive soziale Unterstützung einen indirekten Einfluss auf die Lebensqualität hat. Bestätigt werden konnte jedoch die These, dass negative Aspekte der Ehesituation wichtige Prädiktoren eines niedrigen Selbstwertgefühls sind (Waltz, 1987, S. 358).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die hier vorgestellten Ergebnisse die These bestätigen, dass soziale Unterstützung, hier dargestellt durch das Vorhandensein ehelichen Supports und dessen Qualität, wichtige Prädiktoren für das allgemeine Wohlbefinden und Lebensqualität sind. Da bereits aufgezeigt werden konnte, welche Bedeutung diesen Dimensionen des Wohlbefindens im Rehabilitationsprozess zukommt, muss diese Bedeutung unmittelbar auf diesen übertragen werden. Dies gilt insbesondere für die Ergebnisse, die zeigen konnten, dass ehelicher Support einen Einfluss auf das Copingverhalten des Patienten hat und somit unmittelbar zum Genesungsprozess beiträgt.

Der monokausale Einfluss von sozialer Unterstützung auf das selbstberichtete Wohlbefinden bzw. auf die selbstberichtete gesundheitsbezogene Lebensqualität ist insgesamt nur wenig untersucht. Exemplarisch hierfür soll jedoch eine Untersuchung erwähnt werden, die neben der sozialen Unterstützung auch Einflüsse der Arbeitsbedingungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht.

Einfluss sozialer Unterstützung und Arbeitsanforderung auf Wohlbefinden und Lebensqualität

Stansfeld et al. untersuchten anhand der Daten der sogenannten Whitehall II Studie, ob und inwieweit Arbeitsbedingungen (psychosocial work characteristics) und soziale Unterstützung Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität sein können. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden die Subskalen des SF-36 Körperliche Funktionsfähigkeit, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung sowie Soziale Funktionsfähigkeit herangezogen. Zur Abbildung der Arbeitsbedingungen wurde das von Karasek und Theorell entwickelte Instrument und zur Erfassung der

sozialen Unterstützung der sogenannte Close Persons Questionnaire in Anlehnung an Berkman und Syme verwendet (Stansfeld, Bosma, Hemingway & Marmot, 1998, S. 248). Die Autoren konnten zeigen, dass Arbeitsbedingungen und soziale Unterstützung die gesundheitsbezogene Lebensqualität vorhersagen können. Insbesondere zeigte sich, dass eine schlechte körperliche Funktionsfähigkeit am besten durch ein schlechtes Verhältnis von Leistung und Entlohnung bei Männern und Frauen, hoher psychologischer Unterstützung bei Frauen, geringer emotionaler Unterstützung bei Männern und hoher negativer Beschaffenheit von engen Beziehungen bei Männern und Frauen vorhergesagt werden kann. Eine schlechtere psychische Befindlichkeit (hier gemessen mit der general mental health scale) konnte am besten durch eine geringe soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, durch ein schlechtes Verhältnis von Leistung und Entlohnung bei Männern und Frauen sowie durch einen geringen Handlungsspielraum ausschließlich bei Männern und wiederum durch eine hohe Nachfrage nach psychologischer Unterstützung nur bei Frauen erklärt werden. Negative Aspekte enger Beziehungen und geringe Netzwerkunterstützung waren ebenfalls bei Männern und Frauen für eine schlechte psychische Befindlichkeit verantwortlich – geringe emotionale Unterstützung war jedoch nur bei Männern ein Prädiktor hierfür. Eine geringe soziale Funktionsfähigkeit konnte bei Männern durch geringe arbeitsplatzbezogene Unterstützung, bei Frauen durch hohe Arbeitsanforderungen sowie bei Männern und Frauen durch ein schlechtes Verhältnis von Leistung und Entlohnung und negative Beschaffenheit enger Beziehungen erklärt werden (Stansfeld, Bosma et al., 1998, S. 251).

2.4.4 Soziale Ungleichheit, psychosoziale Lebenskontexte, subjektive Gesundheit – Gibt es umfassende Befunde?

In Überleitung zum empirischen Teil der Arbeit wird aufbauend auf den bereits weiter oben dargelegten Anregungen zur Konstruktion eines Mehrebenen-Modells (vgl. Abbildung 1) untersucht, welche Hinweise bzw. Überlegungen bereits in der Überwindung des Kausalsprunges von Makro- zu Mikro-Ebene und seiner Hintergründe formuliert wurden.

Im Vordergrund stehen dabei die theoretischen Überlegungen Günter Steinkamps, der in zwei Aufsätzen erstmalig dezidiert ein Modell entwickelt hat, welches die „Black Box“ zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit näher beleuchtet (Steinkamp, 1993, 1999).

In Anlehnung an diese Modellvorstellungen Steinkamps haben Elkeles und Mielck und darauf aufbauend in einer neueren Publikation Sperlich und Mielck ein Modell entwickelt, das eher die Inanspruchnahme und Verteilung medizinischer Dienstleistungen auf der Meso-Ebene ansiedelt (Elkeles & Mielck, 1997; Sperlich & Mielck, 2000). Dieses Modell soll hier nur erwähnt und nicht weiter thematisiert werden.

Besondere Erwähnung findet abschließend eine erstmalig unternommene empirische Fundierung des biopsychosozialen Krankheitsmodells. Olaf von dem Knesebeck hat auf Basis einer gerontologischen Querschnittsuntersuchung den Versuch unternommen, die vermuteten Abhängigkeiten zwischen den drei bereits erwähnten Ebenen abzubilden (Knesebeck, 1998).

Alle Modelle und die von v. d. Knesebeck vorgenommene Umsetzung werden in den folgenden Abschnitten dargestellt und dienen als Grundlage für das eigene Vorhaben.

2.4.4.1 Theoretische Grundlagen „Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität“ – konzeptionelle Vorüberlegungen Günther Steinkamps

Der Soziologe Günter Steinkamp stellte 1993 erstmals ein Mehrebenenmodell vor, das er 1999 weiter ausdifferenzierte und in ein Schaubild umsetzte (Steinkamp, 1993, 1999). Mehrere Kritikpunkte an der sozialepidemiologischen Forschung werden von ihm im Rahmen seiner theoretischen Ausführungen aufgegriffen und in seinen Modellvorstellungen berücksichtigt. Dabei bezieht sich seine Kritik auf die mangelhafte Entgegnung ungleicher Lebensbedingungen durch das in der Soziologie verwendete Schichtkonstrukt. Nach Steinkamp erscheint die Kausalität zwischen sozialer Ungleichheit und daraus resultierender sozial ungleicher Gesundheit zu weit gefasst. Er nennt dies einen unzulässig weiten Kausalsprung. Seiner Meinung nach existiert zwischen der Ebene der sozialen Ungleichheit und der Manifestationsebene von Gesundheit und Krankheit eine Ebene der sogenannten sozialen Lebenskontexte. Dies bleibt nach Steinkamp in der bisherigen Forschung zu sozialer Ungleichheit und individueller Gesundheit unberücksichtigt. Weiterhin verweist er auf die Problematik der Kausalanalyse und ihrer temporären Voraussetzung, nach der die Ursache (soziale Ungleichheit) der Wirkung (individuelle Gesundheit) vorausgehen muss. Die gegenwärtige Forschung unterschätzt seiner Meinung nach diesen Umstand und wird ihm nicht gerecht (Steinkamp, 1993, S. 111). Einen weiteren Kritikpunkt sieht Steinkamp in dem behavioristischen Menschenbild der Sozialepidemiologie und dem daraus folgenden Fehlen einer Subjektperspektive.

In seinem Aufsatz von 1993 gibt Steinkamp einen historischen Überblick über die Entstehungs- und Theoriebildungsprozesse der Soziologie „Sozialer Ungleichheit“. Dabei stehen im Wesentlichen die Beiträge von Karl Marx und Max Weber im Mittelpunkt der Erörterungen. Theodor Geiger findet innerhalb dieser Analysen insgesamt nur wenig Beachtung (Steinkamp, 1993, S. 112). Für die sozialepidemiologische Forschung von Bedeutung ist sein Hinweis darauf, dass die Messung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit und mit ihr einhergehend die Verwendung von Ungleichheitsstrukturen – ob Klasse, Schicht oder Milieu – eher von forschungsökonomischen Gedanken getragen ist. Diese Vorgehensweise muss als wenig theoriegeleitet und als methodisch undisziplinierte Erfassung ungleicher Lebensbedingungen bezeichnet werden (Steinkamp, 1993, S. 112). Steinkamp bezweifelt, ob die bisher verwendeten Indikatoren sozialer Ungleichheit (Macht, Prestige und berufliche Stellung) die Erkenntnisse der soziologischen Theorien adäquat abbilden. Die bisher verwendeten empirischen Konzeptionen von sozialer Ungleichheit (unterschiedliche berufliche Belastungen, Gleichstellung von Wissen mit Schulabschluss etc.) sind seiner Auffassung nach unangemessen. Zudem weist Steinkamp darauf hin, dass die in bisherigen Studien verwendete Standarddemografie mangelhaft konzipiert ist, da sie geschlechtsspezifisch ungleich erhoben wird. Sämtliche wesentlichen Haushaltsparameter werden über den in der Regel männlichen Haushaltsvorstand abgefragt.

Steinkamp betont des Weiteren die Einschränkung der Sozialstrukturanalyse hinsichtlich ihrer Ausrichtung. Generell wird davon ausgegangen, dass es sich bei den gefundenen Schichttypologisierungen um klar voneinander abgrenzbare Konglomerate sozialer Ungleichheit handelt. Mit einer differenzierteren sozialepidemiologischen Sichtweise wird jedoch deutlich, dass eine Erweiterung der horizontalen Perspektive, also einer Sichtweise in Erweiterung zur vertikalen Perspektive eines Oben und Unten klassischer Klassen- und Schichtungssoziologie, notwendig ist. Unter Verweis auf frühere Äußerungen Geigers, der schon früh erkannte, dass eine Grobgliederung der Gesellschaft zur Einebnung qualitativer Unterschiede innerhalb von Statuslagen führt, ist der Standpunkt indiziert, dass moderne Gesellschaften eher mehrdimensional erscheinen – mit vertikalen und horizontalen Ankerpunkten. Die alten Grenzen und Bestimmungslinien der auf sozialer Ungleichheit beruhenden Sozialstruktur verschwimmen nach Steinkamp immer mehr. Gravierendes Merkmal dieser Entwicklung scheinen die Trichterwände aus politisch-administrativ und sozio-kulturell geprägten Ungleichheiten zu sein, die in ihrem Fluss die Lebenslagen von immer mehr Menschen beeinflussen. Situative Merkmale wie Alter, Geschlecht, Generation, Region und ethnische Zugehörigkeit werden mit subjektiv geprägten Aspekten wie sozialen Netzwerken und Freizeitbedingungen verwoben und von Arbeitsplatzbedingungen und -

risiken, Wohlfahrtsteilhabe und sozialer Absicherung kanalisiert. Der Schluss aus diesen neuen Erkenntnissen moderner Sozialstrukturanalyse ist die Vorstellung eines neuen Gefüges moderner Gesellschaften, das in seiner Statik nicht mehr auf den klassischen Merkmalen beruht, sondern ein Quer zu den alten Schichtgrenzen liegendes Sozialogenmodell denkbar macht. Insgesamt erscheint es nach seinem Verständnis ratsam, „(...) ein Ordnungsmodell sozialer Ungleichheit auch in die sozial-epidemiologische Forschung einzubringen, das von den Vorstellungen deutlich hierarchisch geordneter Sozialschichten abrückt und gruppenspezifische Bündelungen typischer Konstellationen ungleicher Lebensbedingungen in den Mittelpunkt der Analyse rückt“ (Steinkamp, 1993, S. 114).

Zusammenfassend lässt sich das Plädoyer Steinkamps für neue Ungleichheitsanalyse wie folgt beschreiben: „Mit der Konzentration auf ‚alte‘ Ungleichheiten und deren Reduktion auf die ‚meritokratische Triade von Bildung, Beruf und Einkommen‘ werden all die Ungleichheiten ausgeklammert, die nicht auf Leistungsqualifikation zurückzuführen sind“ (Steinkamp, 1993, S. 113). Ein mögliches Dilemma bei strenger Beachtung von neuer Ungleichheit wäre die Atomisierung der Gesellschaft – absolute Individualisierung wäre die Folge. Als Ausweg führt Steinkamp die „(...) gruppenspezifische Bündelung typischer, also schicksalsbestimmender Dimensionen ungleicher Lebensbedingungen bei gleichzeitiger, sie variierender horizontaler Disparitäten“ an (Steinkamp, 1993, S. 114).

Der zentrale Fokus Steinkamps Überlegungen betrifft den Tatbestand eines sozialen Gradienten. Umfassende Literaturstudien lieferten Belege dafür, dass ein Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit, chronischer Krankheit und Lebenserwartung besteht. Obwohl der Nachweis eines Raum-Zeit-stabilen, inversen Schichtgradienten als gesichert gelten kann, scheinen die Ursachen hierfür ungeklärt. Für Steinkamp ist der Auswahlprozess für mögliche Erklärungsansätze eingegrenzt. Er sieht die Kovariation zwischen sozialer Schicht und Krankheit resp. Gesundheit entweder als

- sozialen Verursachungsprozess,
- sozialen Selektionsprozess oder
- Kombination von beidem

an. Steinkamp präferiert den Erklärungsansatz der Verursachungshypothese und erörtert dabei in seinen Beiträgen die wesentlichen Variablengruppen sozialepidemiologischer Forschung, auf welchen Ebenen der sozialen Realität diese anzusiedeln sind und welchen Beitrag sie für die Aufhellung des „unzulässigen Kausalsprungs“ von

der Makro-Ebene sozialer Ungleichheit hin zu individueller Gesundheit/Krankheit leisten können. Ziel ist es, hierbei ein Modell zu entwickeln, in dem „die jeweils höhere Ebene relevante Bedingungen für die [folgenden] Ebenen vorgibt“ (Steinkamp, 1993). Steinkamp wählt die Form eines Mehrebenenmodells aufgrund ihrer „Form multivariater Betrachtungsweise sozialer Phänomene“ als Verbindungsmöglichkeit zwischen der Sozialstruktur einerseits und auf individueller Ebene manifest gewordener Folgen bzw. Beeinträchtigungen andererseits. Erst in dem von ihm 1999 erschienen Aufsatz bietet er eine grafische Visualisierung dieser Vorstellung (vgl. Abbildung 5) (vgl. Steinkamp, 1999, S. 130).

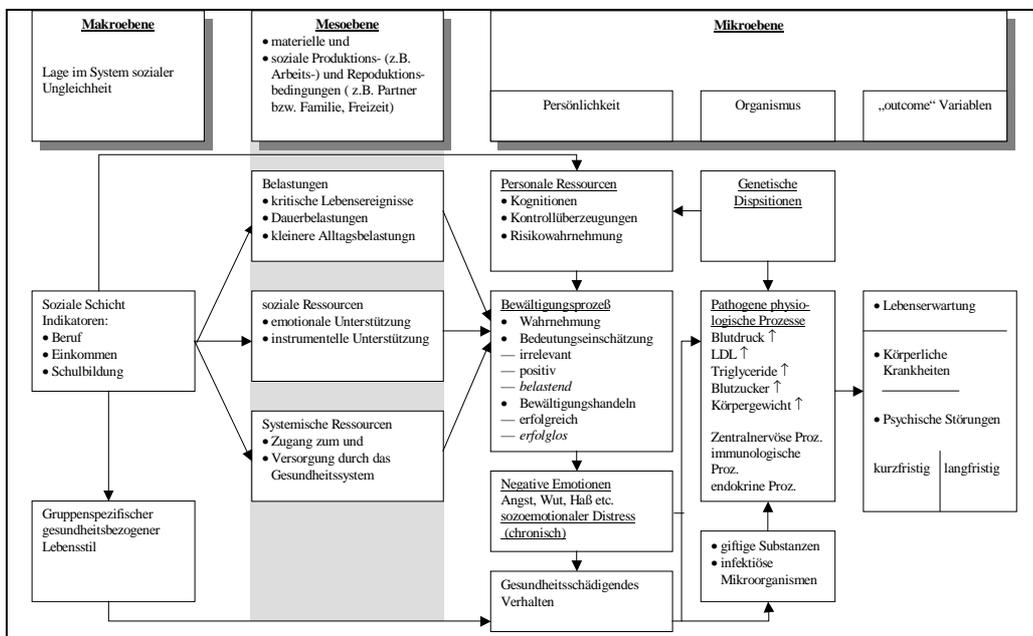


Abbildung 5 Mehrebenen-Modell über den Zusammenhang von sozialer Schicht, Krankheit und Lebenserwartung (ohne Rückwirkungsschleifen) – nach Steinkamp 1999

Demnach gestaltet Steinkamp ein Modell, das aus drei Ebenen und mehreren Teil-ebenen besteht. In seinem Beitrag von 1993 beschreibt Steinkamp diese Ebenen noch hierarchisch, in dem er ihnen eine vertikale Ordnung unterstellt (Steinkamp, 1993, S. 111). Auf der sogenannten **Makro-Ebene** werden die Bedingungen und Strukturen sozialer Ungleichheit repräsentiert. Diesem Bereich folgt die **Meso-Ebene** der sogenannten sozialen Kontexte, in denen sich nach Steinkamp die „strukturell vermittelten ungleichen Belastungen und Ressourcen ihre Wirkung entfalten“. Auf der

sogenannte **Mikro-Ebene** werden die Belastungen und Ressourcen thematisiert. Im Folgenden werden die einzelnen Modellebenen genauer beschrieben.

Nachdem die wesentlichen theoretischen Grundlagen der Makro-Ebene sozialer Ungleichheit bereits unter Kapitel 2.1 beschrieben wurden, folgt nun eine Erläuterung der Meso-Ebene.

Meso-Ebene

Auf der Meso-Ebene siedelt Steinkamp die in der Forschung bisher vernachlässigten Einflussfaktoren bzw. Vermittlungsprozesse an. Hierunter subsumiert er Partnerbeziehungen, Familien, Peer-Groups, berufliche Arbeitsverhältnisse, „(...) in denen sich das alltägliche Leben von Menschen abspielt und über die strukturell vermittelte ungleiche Vorgabe erst ihre Wirkung entfalten“ (Steinkamp, 1993, S. 115). Näher beschrieben wird die Ebene der sozialen Kontexte in dem Belastungs- und Ressourcenkonzept. Die Systematisierung von Belastungen erfolgt durch die Unterscheidung von

- kritischen Lebensereignissen,
- Dauerbelastungen und
- kleineren Arbeitsbelastungen.

Dabei bildet die Lebensereignisforschung einen wichtigen Baustein in der Sozialepidemiologie. Vor allem bei der Entstehung und Chronifizierung von psychischen Störungen spielt die Erforschung von Lebensereignissen eine Rolle. Noch ungeklärt scheint die Frage, inwiefern kritische Lebensereignisse wie Verwitwung oder Arbeitslosigkeit „chronische Dauerbelastungen und Irritationen des Alltagslebens“ erst hervorrufen (Steinkamp, 1993, S. 116). Berichtet wird ein Einfluss von kritischen Lebensereignissen auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen (Depressivität, akute Schizophrenie, Neurosen), aber auch für somatische und psychosomatische Krankheiten. Als Reaktion auf diese nur mangelhafte Varianzaufklärung richtet sich der Fokus zunehmend auf den Bereich der alltäglichen Belastungen in Partnerbeziehungen, der Familie, der Berufsarbeit etc. (Steinkamp, 1993, S. 115). Alltägliche Belastungen können hierbei unterteilt werden in

- Dauerbelastungen (chronic strains, persistent life strains, role strains) und
- kleinere Alltagsbelastungen (daily hassles, minor life events).

Aufgrund von bisherigen Forschungsergebnissen kann festgehalten werden, dass alltägliche Belastungen mehr oder zumindest gleich viel Varianz aufklären als kritische Lebensereignisse (Steinkamp, 1993, S. 115).

In Belastungsstudien wird Stress als Individualvariable behandelt – als Unterstellung einer zufallsgesteuerten, individuellen Verteilung von Belastungen. Durch empirische Untersuchungen konnte aber aufgezeigt werden, dass diese chronischen Belastungen von sozialstrukturellen Faktoren wie soziale Schicht, Geschlecht und Alter abhängen. Kritische Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit, Scheidung, Krankheit und Tod, aber auch chronische Rollenbelastungen in beruflicher Arbeit, in Partner- und Familienbeziehungen nehmen in modernen Gesellschaften von oberen zu unteren Soziallagen zu. Insgesamt muss hier ein wesentlicher Bereich in der Mediation zwischen Makro- und individueller Mikro-Ebene gesehen werden, der von der Belastungsforschung vernachlässigt wurde. Steinkamp unterstreicht in seinem Aufsatz den sozialepidemiologischen Forschungsbedarf hinsichtlich der Frage „nach der Wirkungsweise unterschiedlicher sozialer Lagen auf Belastungsart, -quantum und -intensität“ (Steinkamp, 1993, S. 116). Steinkamp sieht in diesem Zusammenhang das Belastungskonzept als ein korrigierendes Gegengewicht zu allen Formen des biomedizinischen und psychologischen Reduktionismus. Dieser Reduktionismus trifft jedoch auch dann auf das Belastungskonzept zu, wenn die Pufferfunktion von Bewältigungsressourcen ausgeblendet wird. Schließlich muss die Reaktion auf Belastungen nach wie vor als sehr individuell angesehen werden. So kann nach dem Verständnis des Autors die Reaktion auf Arbeitslosigkeit „von einer Erleichterung über die Entlastung von physischen und psychischen Zwängen der bisherigen Tätigkeit (...), bis hin zu physischen und psychischen Verelendungserscheinungen (...)“ reichen. Hier schließt sich die Frage nach „den Belastungen moderierenden oder kompensierenden Bedingungen“ an (Steinkamp, 1993, S. 116). Durch die integrative Verknüpfung mit dem Ressourcenkonzept wurde das Belastungskonzept erweitert.

Unter Ressourcen werden Leistungen sozialer Unterstützung (soziales Netzwerk) wie auch personale Ressourcen in ihrem ganz speziellen lebensgeschichtlichen Kontext subsumiert.

Erwähnenswert nach Steinkamp ist die Metaanalyse von Schwarzer u. Leppin, die in der Reihenfolge ihrer Bedeutung intime Lebenspartner, Familie, Freunde und Arbeitskollegen als wirksamste Quellen sozialen Rückhaltes bei Depression identifizierten (Schwarzer & Leppin, 1988). Die Autoren fanden allerdings keinen Zusammenhang zwischen körperlicher Gesundheit und sozialem Rückhalt. Getrennt nach einzelnen Einflussfaktoren zeigte sich ein Einfluss durch Familienmitglieder, nicht jedoch durch den Lebenspartner. Dieser Einfluss ist zudem für Frauen bedeutsamer als für Männer. Wird dieses Ergebnis auf den Umstand der sozialen Ungleichheit bezogen, so ergibt

sich auch hier eine ungleiche Verteilung sozialer Unterstützung und Netzwerke zu Ungunsten der unteren sozialen Schichten (Steinkamp, 1993, S. 117).

Die bei Steinkamp zusammengestellte Literatur, die einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und sozialer Unterstützung belegt, stammt insgesamt aus dem angelsächsischen Raum und eine Adaptation auf deutsche Verhältnisse steht noch aus. Weiterhin bleibt ungeklärt, was die Ursachen für eine sozial ungleich verteilte soziale Unterstützung sind.

Die Mikro-Ebene

Im Mittelpunkt der Mikro-Ebene steht die Klärung der Frage, „welche personalen Ressourcen mobilisiert werden können und welche intrapsychischen und intraphysischen Prozesse bei der Konfrontation mit situativen Belastungen ausgelöst werden.“ (Steinkamp, 1993, S. 117). Je nach Forschungstradition werden unterschiedliche Komponenten des Stressgeschehens betont. Auf der einen Seite definieren Cannon oder Selye Stress als unspezifische Anpassungsreaktion des Organismus auf Anforderungen durch die Umwelt. Im sog. kognitiv-transaktionalen Ansatz (Lazarus et. al. 1966) steht im Vordergrund, „dass die Entstehung gesundheitlicher Störungen von der subjektiven Bedeutungseinschätzung und Verarbeitung objektiver situativer Rahmenbedingungen abhängt“ (Steinkamp, 1993, S. 117). Stress wird nach diesen Autoren als dynamisches Beziehungsgeschehen zwischen Person und Umwelt definiert. Die Person bewertet Geschehnisse der Umwelt im Hinblick auf ihr Wohlergehen. Psychischer Stress und damit gesundheitliche Beeinträchtigung tritt dann ein, wenn die Person ein Unverhältnis zwischen Anforderungen durch die Umwelt und der ihr zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen wahrnimmt.

Für die Gesundheit entscheidend ist, mit welchen Bewältigungsstrategien Stress entgegnet wird. Insbesondere die personalen Ressourcen bilden dabei den Mittelpunkt des sogenannten Coping-Prozesses. Diese werden lebenslang geformt und sind dabei implementiert in eine genetisch determinierte psychische Konstitution (Steinkamp, 1993, S. 117). Von folgenden personalen Eigenschaften wird ein Effekt auf die Stressbewältigung vermutet:

- externale vs internale (gesundheitsbezogene) Kontrollüberzeugung,
- gelernte Hilflosigkeit,
- Sense of Mastery,
- Fatalismus vs. Instrumentalismus und
- Demoralisierung

(Steinkamp, 1993, S. 118).

Im Mittelpunkt dieser Konzepte steht die Fähigkeit einer Person, relevante Bedingungen und Tätigkeiten entsprechend eigener Ziele, Bedürfnisse und Interessen kontrollieren und beeinflussen zu können. Quantität und Qualität personaler Ressourcen, die bei Belastungen und Krisen als Coping-Ressourcen zur Verfügung stehen, hängen von den vergangenen und aktuellen sozialen Beziehungen ab – geprägt von Entwicklungsimpulsen oder Deprivationserfahrungen (Steinkamp, 1993, S. 118). Steinkamp vermutet eine schichtspezifische Ausprägung personaler Ressourcen, aus der sich folgern lässt, dass nicht nur die Belastungen, sondern auch die Ressourcen für ihre Bewältigung sozial ungleich verteilt sind – Menschen unterer sozialer Schichten sind somit doppelt benachteiligt (Steinkamp, 1993, S. 118). Wie die genauen Wirkprozesse verlaufen, bleibt allerdings noch unklar. Grundsätzlich geht es aber um die Nachzeichnung dieser Prozesse.

In Abweichung zu Steinkamp soll darauf hingewiesen werden, dass in der heutigen Zeit Erkrankungsverläufe in Folge des demografischen Wandels mehr und mehr alte Menschen betreffen. Das Krankheitsspektrum ist gegenwärtig geprägt von chronisch verlaufenden Erkrankungen insbesondere des Herz-Kreislauf-Systems, bösartigen Neubildungen, Erkrankungen des Skelett- und Muskelapparates und chronisch verlaufender innerer Erkrankungen wie Diabetes u. a. Diese Erkrankungen können bislang mit den Mitteln der kurativen Medizin weder verhindert noch geheilt werden – eher scheint es so, dass auf Grund der schwierigen und sich an vielen Stellen widersprechenden Konstitution des Gesundheitssystems dieser Missstand sich noch verschärfen wird. Der Initialpunkt dieser chronischen Erkrankungen liegt temporär meist lange Zeit vor ihrer Manifestation: in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen. Das Risiko zu erkranken, vorzeitig an dieser Erkrankung zu sterben, mögliche Belastungen zu erleben und diese auch adäquat bewältigen zu können – sowohl in Qualität wie auch in Quantität – sind nachweislich sozial ungleich verteilt. Neben dieser Zugehörigkeit und dem damit verbundenen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ergibt sich für die Geschlechtsvariable der stabilste Zusammenhang (Steinkamp, 1999, S. 102).

Aus diesem gegebenen Anlass sieht Steinkamp die Forderung nach einer grundlegenden Umorientierung des Gesundheitssystems zu einem nach Scheff zu benennenden „Sozialsystem Modell“, „das die politischen, ökonomischen, ökologischen, kulturellen und sozialen Bedingungen von Krankheit und Gesundheit in den Mittelpunkt rückt“ (Steinkamp, 1999, S. 102). Dieses basiert auf der Überlegung, dass Veränderungen im Gesundheitszustand einer Bevölkerung eher dann zu erwarten sind, wenn bereits die bedingenden Faktoren ihrer Entstehung sozial modelliert werden und nicht erst auf der Korrektorebene nach ihrem Ausbruch ein völlig überteuertes und missgeleitetes Medizinsystem eingreifen muss (vgl. auch McKeown, 1982).

Zusammenhänge

Wie bereits im ersten Beitrag von 1993 leitet Steinkamp seine an der Entwicklung eines Sozialsystems orientierte Argumentation vor allem aus dem bisherigen Wissen über den „Zusammenhang zwischen chronischer Krankheit und Lebenserwartung auf der einen und sozialer Schichtzugehörigkeit auf der anderen Seite“ ab (Steinkamp, 1999, S. 102f.).

Parallel zu seinem ersten Aufsatz entwickelt Steinkamp anhand der Analyse gesellschaftlicher Ungleichheitsstrukturen ein Sozialsystemmodell, das über eine Klarheit verschaffen soll: über den langen Weg zwischen Makrostruktur und individuellem Erkrankungsrisiko! Dies gelingt Steinkamp insbesondere durch die Implementation der verhaltensbezogenen Ebene und die Beachtung psychosozialer Belastungen und der antwortenden sozialen wie personalen Ressourcen. Bevor er jedoch zu dieser Verbindungsebene überleitet, greift er traditionelle Erklärungsansätze auf, die bisher in der Forschung diesen Dunkelbereich ausgefüllt haben.

Traditionelle Erklärungsansätze für die Wirkweise eines sozialen Gradienten

1. Gegenstand der sogenannten **Artefakt-Hypothese** ist, dass die abhängige Variable – somatische, psychische Erkrankung – wie auch die unabhängige Variable – Indikatoren sozialer Ungleichheit – nur ungenügend im Forschungsprozess reflektiert werden. Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit ist ein Artefakt und basiert auf Fehler im Forschungsprozess. Folgende Konstellationen sind dabei denkbar:

Probleme im Nenner (Schichtindikatoren): In England und Wales wird der Beruf des Verstorbenen auf dem Totenschein von den Angehörigen angegeben. Hier ist es möglich, dass diese den Status des Verstorbenen nachträglich aufwerten.

Probleme im Zähler: Es gibt eine immer wieder berichtete Differenz zwischen Diagnose im Totenschein und der tatsächlichen Todesursache (Steinkamp, 1999, S. 115). Als das wesentlichste Zählerproblem muss aber die Differenz zwischen wahrer und behandelter Prävalenz einer Erkrankung bezeichnet werden (true cases – treated cases). Ein diese Problemkette fortführendes Argument ist die differierende Verwendung von Klassifikationssystemen bei psychischen Erkrankungen. Dies betrifft zum einen die Verwendung der ICD Klassifikation und zum anderen das von der American Psychiatric Association erstellte Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Steinkamp kommt unter Bezugnahme der sehr breiten Reanalyse Dohrenwends zu dem Schluss, dass die dort gefundenen sehr breit variierenden Fallschätzungen sicherlich mit auf der unterschiedlichen Verwendung von Klassifikationssystemen basieren und somit die Artefakt-Hypothese unterstützen (Dohrenwend et al., 1980; Steinkamp, 1999, S. 117).

Beide Bestandteile des Quotienten finden sich bisher in der Literatur nicht zusammengeführt, so dass auch die empirische Forschung hierzu als defizitär bezeichnet werden muss.

2. Drifthythese/natürliche Selektion: „Die Beziehung zwischen niedrigem sozio-ökonomischen Status und hohen Raten somatischer Krankheiten und psychischer Störung könnte zunächst das Ergebnis natürlicher Selektionsprozesse sein: Menschen mit ungünstigen ererbten Prädispositionen driften in untere soziale Schichten“ (Steinkamp, 1999, S. 118).

Soziale Selektion: Ungleiche Gesundheit kann das Ergebnis einer sozialen Aufstiegsbewegung der Gesunden und als sozialer Abstiegsprozess der (schon) Kranken angesehen werden. Wenn dies so ist, würde das bedeuten, dass in einem bestimmten Umfang Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und Lebenserwartung eben nicht den zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegenden, schichtspezifisch variierenden sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Bedingungen zuzuschreiben wären, sondern Soziallagen als Resultat des Gesundheitszustandes zu interpretieren wären.

Der Einfluss individueller Gesundheit auf Abwärtsmobilität: Im Laufe der früheren Erwerbsperiode einer Person kann eine länger andauernde somatische und/oder psychische Krankheit die weitere Berufskarriere beeinflussen.

Als zusammenfassendes Ergebnis kann fokussiert werden, dass Krankheit weder in der Kindheit noch im späteren Leben einen ausreichenden Einfluss auf soziale Mobilitätsprozesse hat (Steinkamp, 1999, S. 120). Zudem belegt die geringe Zahl der von Mobilität zwischen den Schichten betroffenen Fälle, dass *soziale Selektionsprozesse* nicht für die sich ausweitende Kluft in der Mortalitätsrate zwischen den höchsten und niedrigsten Statusgruppen verantwortlich sind.

Der kultur-verhaltensbezogene Ansatz: Häufig wird die Differenz zwischen Morbiditäts- und Mortalitätsrate zwischen der untersten und obersten Sozialschicht mit einer Konzentration gesundheitsbeeinträchtigender Verhaltensweisen erklärt. Hierzu zählen insbesondere Rauchen, Fehlernährung, Alkoholmissbrauch und Bewegungsmangel in der Unterschicht. In Großbritannien z. B. lag 1972 der Anteil rauchender Männer in der obersten sozialen Schicht (Akademiker/Freiberufler) bei 33%. Dieser fiel bis 1984 auf 17%. Parallel dazu war für die untersten Schichten folgende Änderung im Verhältnis zu beobachten: Von 64% 1972 fiel der Anteil 1984 auf lediglich 49%. Für Frauen ergab sich für die Oberschicht 1972 ein Anteil von 33%. Dieser Anteil sank 1984 auf 15%. In der Unterschicht betrug der Anteil rauchender Frauen 1972 42%. Bis 1984 sank dieser Anteil jedoch nur auf 36% ab. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass zwar die Anteile über die Zeit hinweg absanken, die untere soziale Schicht jedoch deutlich weniger von diesem Rückgang profitierte als die obere soziale Schicht. Vergleichbare Ergebnisse lassen sich für Deutschland auf Basis der Daten der DHP und der MONICA-Untersuchung berichten (Steinkamp, 1999, S. 121).

Insgesamt lassen sich Verhaltens- und Lebensstilaspekte bestimmten Krankheitsrisiken zuordnen. Dies findet seinen Niederschlag in der Konstituierung der Verhaltensmedizin. Diese „lässt sich als Versuch begreifen, traditionelle Biomedizin und Verhaltenswissenschaften zusammenzuführen mit dem Ziel, durch Appell an die Verantwortung des Einzelnen für seinen Lebensstil die relative Hilflosigkeit der traditionellen Biomedizin gegenüber chronischen Krankheiten zu überwinden und die hohen Kosten des weiterhin am biomedizinischen Paradigma orientierten kurativen Medizinbetriebs zu reduzieren“ (Steinkamp, 1999, S. 122). Der Einfluss des Lebensstils auf die Gesundheit kann durchaus als unbestritten angesehen werden. Trotzdem ist der Verhaltensansatz zur Erklärung von Schichtdifferenzen in Bezug auf Morbidität und Mortalität kritisch zu sehen. Nach Steinkamp lassen sich hierzu wenigstens drei Gegenargumente nennen: Wenn Verhalten und Lebensstil allein verantwortlich für sozial ungleiche Gesundheit sind, so wäre zu erwarten, dass sich Unterschiede zwischen den sozialen Schichten ausschließlich auf die Krankheiten zurückführen ließen, auf die diese Lebensstile Einfluss nehmen. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt nach Steinkamp in der Herauslösung des individuellen Risiko- und Fehlverhaltens aus dem materiellen und kulturellen Entstehungskontext. Somit wird es tendenziell als abweichendes Verhalten und die handelnden Subjekte als Risikoträger stigmatisiert. Selbst wenn die "materielle Basis", die das kulturelle Denk- und Handlungssystem letztlich hervorgebracht hat, sich bereits gewandelt hat, kann das einmal entwickelte kulturelle Leitsystem das Handeln weiter beeinflussen. Hierdurch wird deutlich, wie sich kulturell eingeschliffene, durch Sozialisation tradierte, die Gesundheit beeinträchtigende Verhaltensweisen relativ schwer durch Belehrung und Aufklärung verändern lassen. Gegen alle Aufklärungsbemühungen werden gesundheitsschädigende Lebensweisen beibehalten – diese sind eben nicht für sich gewählt, sondern als Teil einer Lebensführung zu begreifen, die wiederum in die Netze alltäglicher Verpflichtungen eingebunden ist. Beispiel: belastende, stressauslösende Bedingungen beruflicher Arbeit, deren Verarbeitung häufig gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol, Drogen provoziert. Badura vermutet, dass sich zahlreiche Formen sogenannten "selbstdestruktiven" Handelns als Ausdruck mangelhafter Möglichkeiten zur zwischenmenschlichen Gefühlsregulierung durch defizitäre menschliche Beziehungsstrukturen begreifen lassen (Steinkamp, 1999, S. 124f.).

Was selbstverschuldetem, individuellem Verhalten zugeschrieben wird, ist tatsächlich in erheblichem Umfang von strukturellen, ökonomischen, kulturellen und sozialen Bedingungen abhängig (Steinkamp, 1999, S. 122). Insgesamt kommt es somit zur Ausprägung eines Paradox, wenn die von der Verhaltensmedizin forcierten und praktizierten Konzepte der lebensstilorientierten Prävention als Trendverstärker der Polarisierung sozialer Ungleichheit wirken. „Die individuellen Realisierungschancen für ein gesünderes Verhalten sind dort größer, wo die Lebenssituation ohnehin gesundheitsgerechter ist“ (Steinkamp, 1999, S. 125). Dies bedeutet, dass lebensstilorientierte Gesundheitsförderung und Prävention die meisten Erfolge dort verbucht, wo sie am besten verstanden wird und wo ohnehin die geringste Prävalenz von Gesundheitsgefährdung besteht – eben in den sozial privilegierten Schichten.

Ein weiterer Einwand gegen die in der Verhaltensmedizin verbreitete Neigung, den Schichtgradienten ausschließlich oder in erheblichem Umfang mit der Konzentration von selbstverantwortbaren gesundheitsbeeinträchtigenden Verhaltensweisen und von diesen teilweise ausgelösten risikoträchtigen Körperzuständen zu erklären, stammt von der Sozialepidemiologie selbst (Steinkamp, 1999, S. 125). Aus der sogenannten Londoner Whitehall-Studie entstammt folgendes erstaunliches Ergebnis: Wenn Risikofaktoren kontrolliert werden, so sinkt das mit dem Berufsstatus verbundene Risiko, an

Herz-Kreislaufkrankungen zu sterben, nur um ein Viertel. Gleiches gilt auch bei Kontrolle sportlicher Aktivitäten. Insgesamt kann gefolgert werden, dass der Verhaltensansatz die "Opferschelte" fördert, indem er gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten als Entscheidung eines autonomen Subjektes interpretiert, das eine gesunde Lebensweise wählen kann, sich aber aus freien Stücken für einen riskanten Lebensstil entscheidet (Steinkamp, 1999, S. 127).

Das Mehrebenen-Modell

Aus der von Steinkamp vorgetragenen Analyse, die zum einen die Seite des Angebotes klarer Erkenntnisse hinsichtlich der sozialstrukturell bedingten ungleichen Verteilung von Gesundheit und Krankheit enthält und auf der anderen Seite sozialepidemiologische Defizite und daraus resultierende Bedürfnisse eines zwischen Verursachungs- und Wirkungsebene vermittelnden Bereiches einfordert, leitet sich die Notwendigkeit eines Erklärungsmodells ab. Erste Ansätze hierzu sind bereits weiter oben in Zusammenhang mit Steinkamps erstem Beitrag von 1993 ausgiebig besprochen worden, werden im Folgenden jedoch nochmals reflektiert, da es nun zur Konstellation eines konkreten Modells „zur adäquaten Darstellung der Verursachungskette: Lage im System sozialer Ungleichheit – individueller Krankheit resp. Lebenserwartung“ kommt, in dem die vermittelnde Meso-Ebene ihre ganze Wirkung und Beitrag entfaltet (Steinkamp, 1999, S. 127). Dieser Ebene kommt die zentrale Transmissionsfunktion bei der Verzahnung sozialstrukturell induzierter ungleicher Lebensoptionen und individueller Krankheit/Lebenserwartung zu. Im Mittelpunkt stehen bei Steinkamp folgende bereits oben abgehandelte Beziehungen:

- Belastung und Beanspruchung in der Arbeitswelt
- psychosoziale Belastungen in der Familie
- Schichtabhängigkeit von Stress
- Ressourcen und soziale Schicht
- systemische Ressourcen
- soziale Ressourcen
- Einfluss sozialer Unterstützung auf Depression

Zusammenfassung

Steinkamp fasst seine Überlegungen mit dem Hinweis auf die Unzulänglichkeit bisheriger Interpretationsversuche von sozialer Ungleichheit und daraus resultierender ungleicher Verteilung von Morbidität und Mortalität zusammen. In seinem Mehrebenen-Modell systematisiert er verschiedene Einflussdimensionen auf ein ungleiches Erkranken

kungs- und Sterblichkeitsrisiko. Dabei weist er ausdrücklich darauf hin, dass zwar bisher auf die Darstellung von Rückkoppelungsprozessen nicht nur aus Gründen der Vereinfachung verzichtet wurde. Grundsätzlich verbirgt sich auch hier die Gefahr eines Reduktionismus auf die angesprochene Drifthypothese. Trotzdem sind aber Rückbeziehungen dergestalt denkbar und auch nachvollziehbar, „indem z. B. die höhere Krankheitsrate in unteren Sozialschichten das Belastungsniveau der Familien erhöht und – im Falle einer Chronifizierung von Krankheiten – berufliche Abstiegsprozesse zur Folge haben kann“ (Steinkamp, 1993, S. 145).

Wie später auch bei v. d. Knesebeck zu sehen sein wird, macht auch Steinkamp eine wesentliche Einschränkung hinsichtlich der empirischen Überprüfbarkeit seiner Modellannahmen. Eine Überprüfung dergestalt, dass die Wirkprozesse in dem Modell empirisch nachgezeichnet werden können, ist nur auf der Basis von Längsschnittuntersuchungen erlaubt, da bereits vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen entscheidenden Einfluss auf den Selbstbericht haben werden und komplexe Prozesse wie soziale Unterstützung nur im Zeitverlauf ihre Wirkung entfalten können (Steinkamp, 1993, S. 145).

2.4.4.2 Subjektive Gesundheit im Alter – ein empirisches Mehrebenenmodell von Olaf von dem Knesebeck

Olaf von dem Knesebeck hat 1998 ein Modell vorgelegt, das im deutschsprachigen Raum erstmals eine empirische Umsetzung der bisher nur theoretisch erfolgten Erklärung sozial ungleicher Gesundheit beinhaltet (Knesebeck, 1998).

Im Vordergrund seiner Analysen steht der gegenwärtig gravierend voranschreitende Altersprozess der Bevölkerung. Dabei kommt er zu der Ansicht, dass es sich bei dem Phänomen Alter nicht um eine uniforme Erscheinung handelt, sondern aus präventiver Perspektive um eine Lebensphase mit Spielraum hinsichtlich gesundheitsbezogener Interventionen.

Dabei stellt er weiter fest, dass bisherige gerontologische Längsschnittuntersuchungen die hohe prädiktive Qualität der Mortalität durch subjektive Gesundheitseinschätzungen belegen konnten. Trotz einer Reihe dieser Befunde belegender Studien ist es nach Knesebecks Meinung mehr als erstaunlich, dass bisher kaum Untersuchungen vorliegen, „in denen die subjektive Gesundheit als abhängige Variable definiert wurde“ (Knesebeck, 1998, S.8). Seiner Meinung nach ist es erstaunlich, dass in diesen Annahmen nicht geprüft wurde, welche unabhängigen Variablen dieses Ergebnis über-

haupt verursachen. Ziel der daraufhin von Knesebeck vorgelegten gerontologischen Studie ist es, ein Strukturmodell zu konstruieren, indem zur Erklärung der abhängigen Variable „subjektive Gesundheitseinschätzung“ ein Set an Prädiktorvariablen herangezogen wird, die dem Kenntnisstand der Ursachenforschung in Medizinischer Soziologie, Gesundheitspsychologie und Gerontologie entsprechen.

Im Folgenden soll auf die dezidierte Analyse und Ausarbeitung verwiesen werden, die Knesebeck dem besonderen Aspekt der Gesundheit im Alter gewidmet hat. Grundsätzlich gehören hier Daten der Gesundheitsberichterstattung explizit für alte Menschen dazu. Diese werden mit einer Diskussion zu verschiedenen Stadien des Alters fortgeführt. Dabei spielen die für diese Lebensspanne typischen gesundheitlichen Einschränkungen eine besondere Rolle. Zusammenfassend handelt es sich bei der von Knesebeck vorgelegten Durchleuchtung vieler gesundheitsrelevanter Teilaspekte der Lebensspanne Alter um eine mittels deskriptiver Analysen, empirischer Untersuchungen und Erarbeitung von Gesundheits- und Lebensqualitätsaspekten zusammengestellte Konklusion der Thematik „Gesundheit im Alter“. Das Fehlen einer wertenden Zusammenfassung (Knesebeck, 1998, S. 19) macht aus dieser Perspektive umso deutlicher, dass nach wie vor die subjektive Gesundheit betreffenden theoretischen Annahmen ohne empirische Reflexion geblieben sind.

Ein zweiter theoretischer Arm, auf den sich Knesebeck in seiner Arbeit stützt, ist eine dezidierte Auseinandersetzung mit dem biopsychosozialen Krankheitsmodell. Trotz der WHO-Definition (von Krankheit und Gesundheit 1947) besteht nach wie vor die unterschwellig vorhandene paradigmatische, vor allem naturwissenschaftlich vertretene Lehrmeinung eines binären Polsystems „krank – gesund“. Nach Analyse Luhmanns, nach der Gesundheit nicht mehr als die bloße Negation von Krankheit bedeutet, verfügt die Medizin nach wie vor über keinen wissenschaftlichen gesundheitstheoretischen Erklärungsansatz (Knesebeck, 1998, S. 21). Knesebeck führt folgerichtig hier die Unterscheidung zwischen strukturellem, nach dem Krankheit in Organen, Geweben und Zellen bedingt liegt, und funktionellem Ansatz an. Nach diesem ist Krankheit als mangelnde Anpassung des Organismus an (sich ständig wandelnde) Umwelteinflüsse zu sehen.

Im strukturellen Ansatz und der Kritik daran ist die Quelle der Entstehung des biopsychosozialen Krankheitsentstehungs-(Gesundheitserhaltungs-)Modells zu sehen. Hier stützt sich Knesebeck auf die Analysen von Engel. Dieses Modell schlägt zur weiteren Erklärung aber auch Intervention (kurativ und/oder präventiv) die Einbeziehung der Wechselwirkung biochemischer, zellulärer, organischer, psychologischer, zwischen-

menschlicher und sozialer Faktoren mit ein. Darüber hinaus ist es für das weitere Verständnis und für das Vorgehen Knesebecks insgesamt von Bedeutung. Hierin sieht er die Möglichkeit mittels Konglomerat verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen „ein übergreifendes Modell der Krankheits- und Gesundheitserklärung, das soziale, psychische und somatische Faktoren enthält“ (Knesebeck, 1998, S. 22) zu entwickeln und zu prüfen. Wesentlich für die Voraussetzung von Gesundheit ist dabei das Verständnis seiner immanenten Dynamik, die zum einen die Gesundheits-Krankheits-Dichotomie ablöst und das bei Engel formulierte Konzept¹⁴ der Anpassung, des Ausbalancierens von internen und externen Anforderungen bzw. Belastungen mittels Ressourcen impliziert. „Gesundheit und Krankheit werden somit als Folge komplexer Interaktionen zwischen sozialen, psychischen und biologischen Faktoren gesehen“ (Knesebeck, 1998, S. 23). Hierin ist die theoretische Fundierung des von Knesebeck vorgelegten Modells der subjektiven Gesundheit im Alter zu sehen. Dabei geht er davon aus, „dass lebende Organismen als komplexe Systeme aufzufassen sind, die ein hohes Maß an Selbstregulation aufweisen und aus interdependenten Elementen auf unterschiedlichen Organisationsebenen bestehen, impliziert im Hinblick auf die sozialen, psychischen und somatischen Faktoren eine Unterscheidung verschiedener Wirkungsebenen“ (Knesebeck, 1998, S. 23) – eben ein Mehrebenenmodell.

Um diese Wirkungsebenen für die empirische Analyse dingfest zu machen, folgt Knesebeck dem Prinzip der forschungsgesicherten Einflussfaktoren. Hier identifiziert er als wesentliche strukturierende Ebenen belastende und protektive Faktoren bzw. Belastungen und Ressourcen. Wesentliches, in erster Linie empirisches Ziel ist es dabei nach Knesebeck für die subjektive Gesundheit im Alter relevante Faktoren auf diesen Ebenen von „Belastungen und Ressourcen“ zu identifizieren. Dabei nimmt Knesebeck folgende Feingliederung der nach ihm zu berücksichtigenden Teilbereiche vor:

- Konzept sozialer Ungleichheit
- Konzept gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen
- Konzept der Salutogenese
- Konzept der Alltagsbewältigung
- stresstheoretische Ansätze
- soziale Beziehungen

(Knesebeck, 1998, S. 24).

¹⁴ Nicht nur dort: vgl. auch das Ausbalancieren von Anforderungen und Bewältigung im Stress-Coping-Konzept bei Lazarus/Folkman

Diese erläutert er in einzelnen Kapiteln und nimmt eine kritische Bewertung ihrer Operationalisierung vor. Da diese Konzepte bereits in den Kapiteln 2.1 bis 2.3 erläutert bzw. auf diese verwiesen wurde, wird an dieser Stelle auf eine weitere Abhandlung verzichtet. Von Bedeutung ist in den einzelnen Kapiteln bei Knesebeck jedoch die Relevanz der Konzepte für die spezifische Fragestellung der subjektiven Gesundheit im Alter. Auch geht Knesebeck im Kapitel Soziale Ungleichheit auf die sozialepidemiologischen Befunde zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit ein.

Ausführliche Übersichten finden sich in den Bereichen Kontrollüberzeugungen sowie Salutogenese. Unter dem Stichwort Alltagsbewältigung findet sich bei Knesebeck jenes, was unter „Activities of Daily Living (ADL)“ beschrieben wird. Hier findet sich eine kritische Beleuchtung verschiedener Konstrukte und Ansätze. Gleich strukturierte Abschnitte finden sich zu den Bereichen Stress sowie soziale Beziehungen.

In einer Zusammenfassung dieser Konzepte hebt Knesebeck nochmals die Bedeutung, die diese für das Gesundheitserleben älterer Menschen haben, hervor. Besonderen Status hat ihm zufolge jedoch das Konzept des funktionellen Status (ADL), das er für gerontologische Untersuchungen beschränkt sieht. Hier kann jedoch eine Erweiterung geboten werden, in dem dieser Bereich auch für chronisch kranke Menschen (jung und alt) und für rehabilitationswissenschaftliche Fragestellungen besondere Bedeutung und Relevanz besitzt (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1999).

Augenscheinlich ist zudem seine Fragestellung, „dass die Wirkungsweise der meisten gesundheitsrelevanten Faktoren unklar ist“. Hier sieht Knesebeck ein konkurrierendes Verhältnis zwischen puffernden und direkten Wirkungen. Folgerichtig sieht er basierend auf unklaren Wirkmechanismen die Psychoneuroimmunologie (PNI) als möglichen „Partner“ bei der Aufdeckung von Verbindung (Knesebeck, 1998, S. 33ff.).

Unklar scheint ihm weiterhin der Umgang mit möglicherweise undifferenzierten Kausalitäten zu sein. Bei einigen Konzepten ist eine bidirektionale Wirkung durchaus plausibel und in der Literatur diskutiert worden. Hieraus schließt Knesebeck die Notwendigkeit der Führung eines wissenschaftstheoretischen Diskurses, da es zu klären gilt, welches Verständnis von Kausalität bei den hier verwendeten Querschnittsdaten angelegt wird. Der folgende Exkurs zum Problem der Kausalität besticht durch seinen aus sozialwissenschaftlicher Perspektive stringenten Aufbau in den Argumentationen (Knesebeck, 1998, S. 72ff). Grundsätzlich gilt nach dieser Analyse, dass unter strengsten wissenschaftstheoretischen und -philosophischen Annahmen Quer-

schnittsanalysen in der am häufigsten vorgefundenen Form der Implikation eines zeitlichen vorgelagerten Effektes auf die abhängige Variable nur mit größter Vorsicht zu interpretieren sind. Die Annahme einer Stabilität (auch in der Varianz) in den Ergebnissen ist in der Regel nicht gegeben. Nach Knesebeck liegt bei der Analyse von Querschnittsdaten ein Kausalitätsbegriff zugrunde, gemäß dem „Kausalitäten als eine Bedingung für eine Veränderung verstanden wird (...) von Kausalität in diesem eingeschränkten Sinne (wird) dann gesprochen, wenn Variationen einer Variable Variationen einer anderen Variable bewirken“ (Knesebeck, 1998, S. 80).

Eine weitere dieser logischen Argumentation zugrunde liegende Ausführung findet sich bei Schnabel, der aus sozialisationstheoretischer Perspektive die Adäquanz des Krankheitsentstehungsprozesses in der bisher vorliegenden Forschung hinterfragt (vgl. Schnabel, 1988, S. 271ff.).

Der empirischen Überprüfung der vorangegangenen theoretischen Vorüberlegungen liegt das sog. GESTALT-Projekt¹⁵ zugrunde. Hier handelt es sich um eine 1994 durchgeführte telefonische Befragung über die Gesundheit und den sozialen Status alter Menschen; Grundgesamtheit waren Personen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung 60 Jahre und älter waren und in Privathaushalten in einer der zehn kreisfreien Städte des Regierungsbezirkes Düsseldorf lebten (Knesebeck, 1998, S. 81). Die Stichprobenbeschreibung gelingt für dieses Vorhaben einer Kurzbeschreibung am besten mit einer bei von Knesebeck angelehnten Tabelle (vgl. Tabelle 9) (Knesebeck, 1998, S. 82ff).

¹⁵ GESTALT: GEundheit und sozialer STatus ALTer Menschen

Tabelle 9 Stichproben Kennwerte der GESTALT-Untersuchung

| | n | % | Abweichung zur Grundgesamtheit ¹⁶ | Signifikanztestung (χ^2) |
|---------------------|------------------------|------|--|---------------------------------|
| | Merkmal Geschlecht | | 0.6 | n. s. |
| Männer | 158 | 36.2 | -0.6 | |
| Frauen | 278 | 63.8 | | |
| | Merkmal Haushaltsgröße | | | n. s. |
| 1 Person | 184 | 42.4 | 4.0 | |
| 2 Personen | 207 | 47.7 | -1.4 | |
| 3 und mehr Personen | 43 | 9.9 | -2.6 | |
| | Merkmal Alter | | | n. s. |
| 60 - 69 | 207 | 47.6 | -0.9 | |
| 70 - 79 | 156 | 35.9 | -0.1 | |
| 80 J. u. älter | 72 | 16.6 | 1.1 | |
| | | | | (n= 436 (531)) |

Für die Beschreibung der Stichprobenqualität sei auf die Originalliteratur verwiesen (Knesebeck, 1998, S. 86ff). Diese Daten stellen das Sample dar, das mittels eines Langfragebogens befragt wurden (Knesebeck, 1998, S. 82ff. u. Anhang S. 157).

Nach Knesebeck repräsentieren diese Daten die Grundgesamtheit relativ gut. Sämtliche in der Analyse eingesetzten Variablen werden von Knesebeck faktorenanalytisch (wenn Voraussetzungen und Bedingungen, wie mehrere Skalen, vorliegen) und psychometrisch geprüft. In der folgenden Tabelle 10 wurden die Variablen bzw. Skalen zusammengestellt und die dahinter stehende Konzeption benannt. Zudem wird deren Verortung in einem Mehrebenenmodell vorgenommen. Dabei folgt die Reihenfolge der hier vorgenommenen Darstellung der von Knesebeck (vgl. Tabelle 10) (nach Knesebeck, 1998, S. 120ff.).

¹⁶ Grundgesamtheit = Daten der entsprechenden Region aus der Volkszählung 1987; Abweichung: + = prozentuale Überrepräsentation der Stichprobe gegenüber der Grundgesamtheit; - = prozentuale Unterrepräsentation der Stichprobe gegenüber der Volkszählung

Tabelle 10 Instrumente und Dimensionen der GESTALT Untersuchung

| Ebene | Variable/Skala | Literatur/Seitennachweis |
|-----------------------------|---|---|
| | Geschlecht= 0 weiblich/ 1 männlich Alter | |
| Makro-Ebene | | |
| Sozialstrukturelle Umgebung | <i>Bildung</i> = Schul- bzw. Hochschulzeit in Jahren <i>Berufsprestige</i> = Klassifikation nach Treiman (vgl. auch Kapitel 2.1.2 und Demografische Standards im Anhang dieser Arbeit) <i>Haushaltseinkommen</i> = gesamte jährliche Brutto Haushaltseinkommen inkl. Wohlfahrtsstaatliche Zuwendungen und sonstige Einnahmen z. B. durch Vermögen | S. 93f./S.163 S. 93f./S.162 S. 93f./S.163 |
| Meso-Ebene | | |
| Externe Ressourcen | Soziale Kontakte Frage nach Existenz einer Vertrauensperson (subjektiv wahrgenommene Unterstützung) Frage nach Häufigkeit von Kontakt mit Freunden/Bekannten u.a. (5-stufige Skala als Netzwerkindikator) | S. 113f./S.161 |
| Externe Belastungen | Arbeitsbelastung Einzelitemmessung allg. Belastung (auch Hausarbeit bei Frauen!!); 5-stufiges Antwortformat von sehr bis gar nicht Finanzielle Probleme Globale Einschätzung der finanziellen Lage (mögl. Ausmaß finanzieller Probleme) | S. 116f./S.163 S. 115f./S.163 |

Fortsetzung Tabelle 10

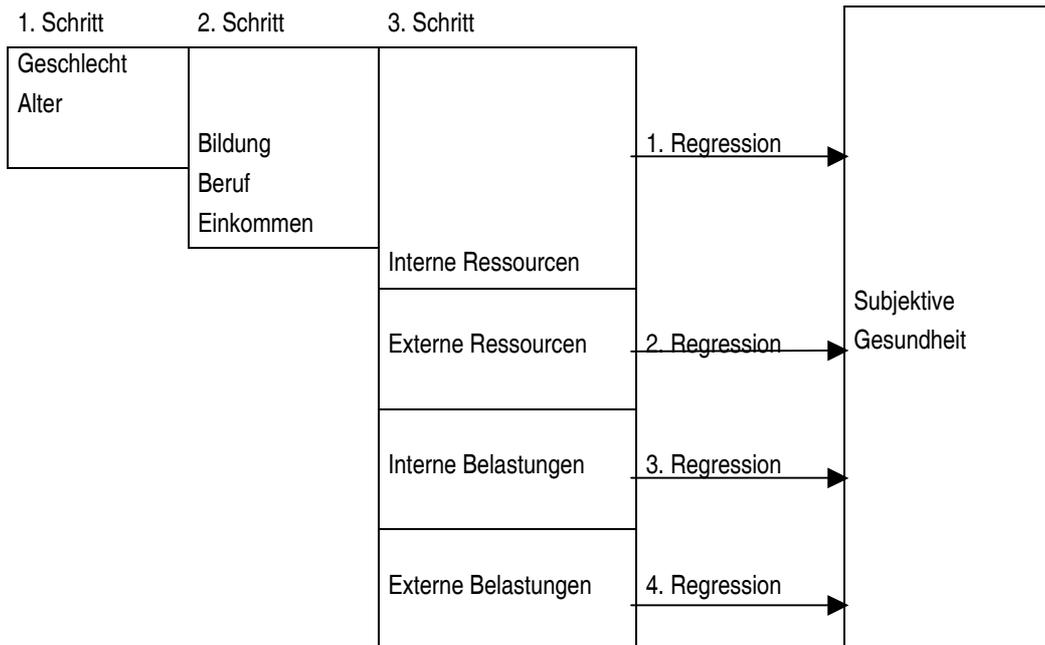
| Mikro-Ebene | | |
|-----------------------|---|---|
| Interne Ressourcen | <p>Sense of Coherence SOC-Kurzfassung nach Antonovsky. Insgesamt 13 Items (Umwandlung in 5-Punkte-Likert Skala; verschiedene Endpunkte); eindimensionales Konstrukt</p> <p>Alltagsbewältigung (ADL) ADL-Liste nach Rosow u. Breslau; insgesamt 5 Items (5-Punkte Guttman Skala; dann dichotom ja/nein)</p> <p>Gesundheitliche Kontrollüberzeugung (HLC) HLC-Skala nach Wallston. Insgesamt 9 Items (fünf-stufige Likert-Skala von 1=lehne sehr ab bis 5=stimme sehr zu); Skala internale HLC besteht aus 3 Items</p> | <p>S. 100f./S.161f.</p> <p>S. 105ff./S.161f.</p> <p>S. 94f./S.160</p> |
| Interne Belastungen | <p>Distress Distress Skala nach Langner (mod. Durch Mirowsky u. Ross). Insgesamt 6 Items (5-Punkte-Likert Skala; 1=nie bis 5=sehr oft). Eindimensional als Maß f. Distress; Zweidimensional als Maß für Depression und Angst (je 3 Items).</p> <p>Chronische Erkrankung Selbstauskunft über Bestehen einer chronischen Erkrankung (ja/nein) im letzten Jahr und wenn ja welche...</p> <p>Gesundheitliche Kontrollüberzeugung (HLC) HLC-Skala nach Wallston. Insgesamt 9 Items (fünf-stufige Likert-Skala von 1=lehne sehr ab bis 5=stimme sehr zu); Skala externale HLC besteht aus 6 Items</p> | <p>S. 108ff../S.160</p> <p>S. 115/S.160</p> <p>S. 94f./S.160</p> |
| | Zielkriterium | |
| Subjektive Gesundheit | Einzelitemmessung des subjektiven Gesundheitszustandes (5-stufiges Antwortformat von schlecht bis sehr gut) | S. 91f./S.160 |

In Überleitung zum eigentlichen empirischen Teil betont Knesebeck den Stellenwert der aufgenommenen Variablen und Dimensionen. Dabei stellt er die Polarität von Pathogenese und Salutogenese an den Ausgangspunkt. Hier ordnet er einen Teil der Faktoren als Belastungen dem pathogenetischen Paradigma und den anderen Teil als Ressourcen dem salutogenetischen Paradigma zu (vgl. Tabelle 10). Dabei stellt er die Frage, „ob Ressourcen nicht einfach Negationen von Belastungsfaktoren sind“ (Knesebeck, 1998, S. 119). Hierin sieht er die Herausforderungen, indem zwar theoretisch eine breite Basis vorgelegt werden konnte, der empirische Befund, also in welchem Zusammenhang die Variablen innerhalb einer komplexen Analyse zueinander stehen, jedoch noch aussteht! Somit versteht Knesebeck seine Arbeit als zusammenführendes Vorbild von Pathogenese und Salutogenese. Folgerichtig nimmt er eine weitere Unterteilung von Ressourcen und Belastungen vor. Dabei unterscheidet er interne Faktoren die vom Individuum ausgehen und externe Faktoren, die der Umwelt zugeschrieben werden. Hier folgt Knesebeck mit der Erstellung eines Drei-Ebenen-Modells den Vorschlägen Steinkamps. Dabei verbindet er „die Hoffnung, zu einem systematischeren Verständnis der Wirkung von gesundheitsrelevanten Faktoren zu gelangen, da auf diese Weise deutlich wird, dass solche Faktoren sowohl aus struktureller als auch aus interpersoneller und individueller Ebene zu finden sind. Darüber hinaus wird durch die GESTALT-Untersuchung eine analytische Grundlage für die Beantwortung der Frage geschaffen, ob und wie strukturelle Bedingungen nicht nur direkt, sondern auch indirekt über die Beeinflussung der Meso- und Mikro-Ebene auf die Gesundheit wirken“ (Knesebeck, 1998, S.121).

Grundlegend für seine weiteren Analysen hebt Knesebeck die Notwendigkeit der klaren Richtungsbestimmung der aufgenommenen Instrumente hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesundheit hervor. Von allen Ebenen geht seiner Meinung nach ein direkter Einfluss auf die Gesundheit aus.

Zur Prüfung der unterschiedlichen Einflüsse schlägt er eine Vorgehensweise vor, die durch folgende Tabelle 11 dokumentiert werden soll (Knesebeck, 1998, S. 123):

Tabelle 11 Regressionsanalytische Prüfung der Prädiktoren (nach von dem Knesebeck)



Die im jeweils 3. Schritt aufgenommenen Ressourcen und Belastungen werden in Tabelle 10 dargestellt.

Durch die Durchführung dieser Regressionsanalysen sollen mögliche Interaktionseffekte der Prädiktoren und folgende Hypothesen überprüft werden:

- im **ersten** Schritt, dass Männer subjektiv gesünder als Frauen sind und dass mit zunehmendem Alter die Einschätzung der Gesundheit abnimmt.
- Im **zweiten** Schritt wird die Abhängigkeitshypothese zwischen Gesundheit und sozialer Ungleichheit geprüft und
- im **dritten** Schritt, je weniger Ressourcen und je mehr Belastungen bestehen, desto schlechter wird die Gesundheit insgesamt eingeschätzt (S.129 ff).

Als Ergebnis der schrittweisen Regression kann zusammengefasst werden, dass der Einfluss von Geschlecht und Alter auf die subjektive Gesundheit lediglich schwach ausgeprägt ist. Nach Einführung von internen und externen Ressourcen kommt es zur relativen Veränderung des Alterseinflusses und somit scheint eine altersspezifische Verteilung der Ressourcen naheliegend. Interne Belastungen zeigen hingegen eine Geschlechtsabhängigkeit. Indirekte Einflüsse der sozialen Schicht sind zwar beob-

achtbar, zeigen jedoch nur einen kleinen Effekt. Zudem gibt es Hinweise auf eine Schichtabhängigkeit der Belastungen und Ressourcen (indirekte Wirkung der Schicht über Belastungen und Ressourcen auf die Gesundheit). Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Dimensionen externe Ressourcen und Belastungen sowie die internen Ressourcen und Belastungen allesamt einen Einfluss auf die subjektive Gesundheit haben (Knesebeck, 1998, S. 136).

Die folgende Abbildung 6 verdeutlicht das regressionsanalytische Vorgehen und leitet zu einer zusammenfassenden Analyse eines LISREL-Modells über (vgl. Knesebeck, 1998, S. 136):

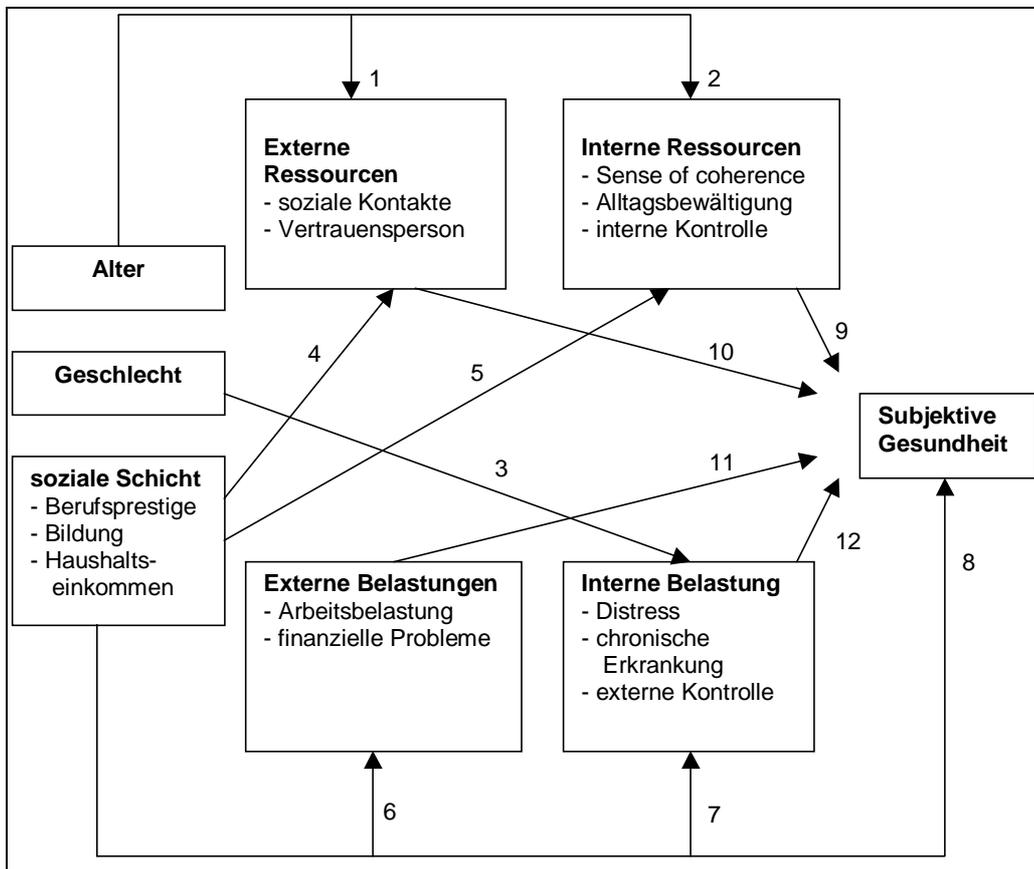


Abbildung 6 Strukturmodell der subjektiven Gesundheit nach v. d. Knesebeck

Grundsätzlicher Vorteil einer LISREL Analyse liegt in der simultanen Schätzung von direkten und indirekten Einflüssen. Dabei ist das prinzipielle Vorgehen als Kombinati-

on von Regressions- und Faktorenanalyse zu begreifen. Nach Knesebeck liegt der Vorteil in dieser Vorgehensweise – die Strategie einer Überwindung in direktem Bezug der Sozialstruktur auf die individuelle Gesundheit – darin, dass eine vermittelnde Ebene eingefügt wird. Er folgt in diesem Vorgehen Steinkamp, also einer Verbindung von Sozialepidemiologie und Ressourcen- bzw. Belastungsforschung.

Dabei weist Knesebeck auf die Gratwanderung zwischen vielen denkbaren Abhängigkeitspfaden und der eigentlichen Fragestellung hin. Eine komplexe LISREL-Analyse kann in jedem Fall nur konfirmatorisch und hypothesengeleitet sinnvoll durchgeführt werden (Knesebeck, 1998, S. 138).

Die in Abbildung 6 bereits eingefügten Nummerierungen entsprechen der von Knesebeck formulierten Modellhypothesen und werden hier zitiert – dabei wurde lediglich die am Anfang der Hypothese stehende Nummerierung zusätzlich mit aufgenommen:

- „Mit zunehmenden Alter nehmen externe (1) und interne (2) Ressourcen ab.
- Frauen sind in stärkerem Maße von internen Belastungen betroffen (3).
- Mit steigender sozialer Schicht nehmen externe (4) und interne (5) Ressourcen zu, während
- externe (6) und interne (7) Belastungen abnehmen.
- Je höher die soziale Schicht, desto besser die subjektive Gesundheit (8).
- Mit zunehmenden internen (9) und externen (10) Ressourcen verbessert sich die subjektive Gesundheit, während sie sich mit zunehmenden externen (11) und internen (12) Belastungen verschlechtert“

(Knesebeck, 1998, S. 139).

Danach zeichnen sich in einer Übersicht folgende Ergebnisse der GESTALT Untersuchung ab³:

³ In den eckigen Klammern findet sich die Interpretation der indirekten Effekte auf Basis der Ergebnisse der Regressionsanalyse.

- starke negative Effekte des Alters auf externe und interne Ressourcen (S.143 f)
- [Wirkung des Alters auf subjektive Gesundheit über Abnahme der Ressourcen]
- Effekt des Geschlecht auf interne Belastungen (Frauen im stärkeren Maße betroffen).
- [Geschlecht wirkt in höheren Altersgruppen in erster Linie indirekt über interne Belastungen auf Gesundheit]

Hinsichtlich der Wirkungsebene zeigen sich Effekte der sozialen Schicht in erster Linie auf der Ebene der Meso-Ebene (nach Knesebeck!):

- „(...) eher auf Ebene der Lebenskontexte als auf personeller Ebene“ (Knesebeck, 1998, S. 145)
- [Schicht wirkt zwar stärker auf der Meso-Ebene, der größte Einfluss auf die Gesundheit geht jedoch von der Mikro-Ebene aus]
- insgesamt nur schwacher Einfluss der sozialen Schicht auf finanzielle Situation und Arbeitsbelastung, mittlerer Effekt der sozialen Schicht auf externe Ressourcen
- soziale Schicht hat direkte und indirekte Effekte auf die Gesundheit; je höher die soziale Schicht desto besser die subjektive Gesundheitseinschätzung, zudem nehmen die Belastungen mit dem Gradienten ab und die Ressourcen eher zu
- starke positive Effekte der internen Ressourcen auf die subjektive Gesundheit
- –eher schwacher Effekt externer Ressourcen auf die Gesundheit
- [–bei internen Ressourcen zeigen in erster Linie ADL Wirkung auf die Gesundheit
- –bei externen Ressourcen liegt die Vermutung nahe, dass soziale Beziehungen/Unterstützung im Alter abnehmen]

(Knesebeck, 1998, S. 144).

Die Bewertung der Schätzergebnisse, also wie „gut die manifesten Variablen der latenten Dimensionen“ in der LISREL-Analyse repräsentiert werden, ist insgesamt positiv. Für die soziale Schicht – und dies unterstützt insgesamt die Argumentation in der vorliegenden Arbeit; insbesondere in Kapitel 2.1.2 – zeigt sich, dass die in dieses Konstrukt eingehenden Indikatoren (Berufsprestige, Bildung, Haushaltseinkommen) unterschiedliche Wertungen besitzen, wobei „soziale Schicht“ lediglich 22% der Varianz des festen Parameters Bildung erklärt (Knesebeck, 1998, S. 146).

Bei den internen Ressourcen ist es die interne Kontrollüberzeugung (8%), die wenig zu dieser Dimension beiträgt. Die Variable Arbeitsstress kann nur zu 8% durch die Dimension externe Belastung erklärt werden. Insgesamt geht Knesebeck von einem eher schwachen Beitrag der externen Belastung und Ressourcen (bei ihm die Mikro-Ebene) für die subjektive Gesundheit aus. Hier weist er auf den zu vermutenden Zu-

sammenhang zwischen internen und externen Belastungen und Ressourcen hin, für den er zunehmenden Forschungsbedarf sieht (Knesebeck, 1998, S. 150). Dem ist an dieser Stelle hinzuzufügen, dass für die hier unter Meso-Ebene zusammengefassten Indikatoren Populationsabhängigkeit angenommen werden muss. Wie an späterer Stelle noch gezeigt werden kann, ist die Wahl dieser Indikatoren, für die der Nachweis als Ressource bzw. Belastung erbracht werden soll, in höchstem Maße von den im Mittelpunkt stehenden Untersuchungspopulationen abhängig. So verliert sich beispielsweise der Beitrag der Indikatoren bei bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen mit einer Zielvariable Gesundheit im „Tiefenrauschen“ unzähliger Lebenskontexte und Unterstützungsleistungen.

Insgesamt betrachtet Knesebeck die Zuordnung der manifesten Indikatoren zu den latenten Dimensionen jedoch als weitestgehend gelungen. Dies lässt auch die Gesamtbeurteilung des Modells erwarten – die Modellstruktur erklärt insgesamt 89% der gesamten Ausgangsvarianz. In seiner Schlussbetrachtung fasst Knesebeck die gefundenen Ergebnisse zusammen und bezieht sie auf die konkrete Fragestellung, nämlich die Identifikation gesundheitsrelevanter Faktoren im Alter. Hier stellt er die Möglichkeit heraus, auch eine „Altenpopulation“ telefonisch befragen zu können (Knesebeck, 1998, S. 152).

Zudem betont er nochmals die sozialstrukturelle Eingebundenheit von Risikofaktoren. Die Vernachlässigung dieses Zusammenhanges birgt seiner Meinung nach große Unspezifität insbesondere bei Interventionen (Knesebeck, 1998, S. 153). Dies betrifft den Spielraum, der hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention im Alter besteht. Gesundheitsförderung und Prävention sind jedoch nur dann Erfolg versprechend, wenn die auch in der hier replizierten Analyse nachgewiesenen erheblichen sozialstrukturellen Variationen in Belastungen und Ressourcen beachtet und in den Mittelpunkt der Interventionen gestellt werden. Für jede der untersuchten Ebenen formuliert Knesebeck eine ganze Reihe möglicher Interventionen, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll (vgl. Knesebeck, 1998, S. 154).

Schließlich fordert Knesebeck kritisch dazu auf, ausgehend von eigener Unzufriedenheit über die verwendeten Instrumente, das begonnene Strukturmodell fortzuentwickeln. Dies bezieht er zwar auf eine „Altenpopulation“, fordert jedoch auch eine Übertragung auf andere Zielgruppen. Seine Analyse schließt er mit der Forderung nach einer weiterentwickelten Methode, jedoch angelegt auf ein Längsschnittdesign.

2.5 Fragestellungen und Leithypothesen

Aus der Zusammenfassung des vorangegangenen Abschnittes ergeben sich für den empirischen Teil folgende Fragestellungen und Leithypothesen:

Fragestellungen:

1. Folgt die Befindlichkeit bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität einem sozialen Gradienten – bei gesunden wie auch bei chronisch kranken Menschen?
2. In welcher Beziehung stehen soziodemografische Variablen (Alter und Geschlecht) sowie Schichtindikatoren (Makro-Ebene) zu Aspekten der psychosozialen Lebenskontexte (Meso-Ebene) wie beispielsweise Beanspruchung, Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung u. a.?
3. Welchen Einfluss hat die Ebene der sozialen Lebenskontexte auf die Ebene der Befindlichkeit und Lebensqualität?
4. Lässt sich die Beantwortung dieser Fragen in ein komplexes Modell der Erklärung sozialer Ungleichheit und Gesundheit übertragen?
5. Gibt es Parallelen bzw. Affinitäten zu anderen Modellen aus der sozialepidemiologischen Forschung, bspw. zu dem von Knesebeck?

Hieraus werden folgende Leithypothesen abgeleitet und geprüft:

- 1) Nicht nur Morbidität und Mortalität sind sozial ungleich verteilt, sondern auch subjektive Gesundheit, Befindlichkeit, Lebensqualität und Beschwerden folgen einem sozialen Gradienten!
- 2) Es existiert eine Ebene der psychosozialen Lebenskontexte (Meso-Ebene) wie Familie und Beruf/Arbeit, die wesentliche Mediatorfunktionen bei der Vermittlung des sozialen Gradienten übernehmen!
- 3) Wenn diese Ebene existiert, so besteht die Annahme, dass es [a] zwischen Makro-Ebene (soziale Ungleichheit) und Meso-Ebene und ihren einzelnen Bestandteilen und

[b] zwischen Meso-Ebene und Mikro-Ebene (Ebene von subjektiver Gesundheit, Befindlichkeit, Lebensqualität und Beschwerden)

nachweisliche Beziehungen gibt.

4) Wenn die unter 1) gemachte Annahme empirisch nachgezeichnet und auch die unter 3a+b formulierten Hypothesen in Daten wiedergefunden werden können, ist dies als ein Hinweis darauf zu werten, dass es ein komplexes Erklärungsmodell zur Formulierung sozialer Ungleichheit und Befindlichkeit/Lebensqualität gibt!

Empirisch gesprochen: Der unter 1) möglicherweise zu findende Zusammenhang gewinnt an Erklärungskraft, wenn die unter 3a+b formulierten Abhängigkeitsannahmen mit in das Modell aufgenommen werden.

5) Anzunehmen ist zusätzlich eine unterschiedlich ausgeprägte Gültigkeit des Modells zum einen bei offensichtlich gesunden Menschen und zum anderen bei chronisch kranken Menschen. Hieraus ergibt sich folgende spezifische Einzelannahme:

Es finden sich durchaus empirische Hinweise auf die Existenz eines komplexen Erklärungsmodells bei gesunden Menschen – im Vergleich der Ergebnisse (gesund vs. krank) zeigt sich jedoch, dass auf Ebene der sozialen Lebenskontexte bedeutsame Unterschiede hinsichtlich ausgewählter Einzeldimensionen im Vergleich zum Modell bei chronisch kranken Menschen zu finden ist.

3 Empirischer Teil

Bei der Umsetzung großer epidemiologischer Untersuchungen ergibt sich nur selten die Möglichkeit, eine Fragestellung so zu bearbeiten und so zu konzipieren, dass sie genau auf die Defizite sozialepidemiologischer Forschung eingeht. Vielfach orientiert sie sich jedoch bereits intensiv an den Erfordernissen, eine Fragestellung so zu bearbeiten, dass Aussagen über mehrere Ebenen hinweg Gültigkeit erlangen. Dies mag ein Beispiel belegen, das zugleich Gegenstand der Empirie dieser Arbeit ist. Im Mittelpunkt der ProKlimA-Studie steht das sogenannte Mediator-Moderator-Konzept. Wie folgende Abbildung 7 verdeutlicht, versucht diese Konzeption, mögliche Ursachen und Interaktionseffekte, die den Einfluss einer bzw. mehrerer unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable moderieren, mit einzubeziehen.

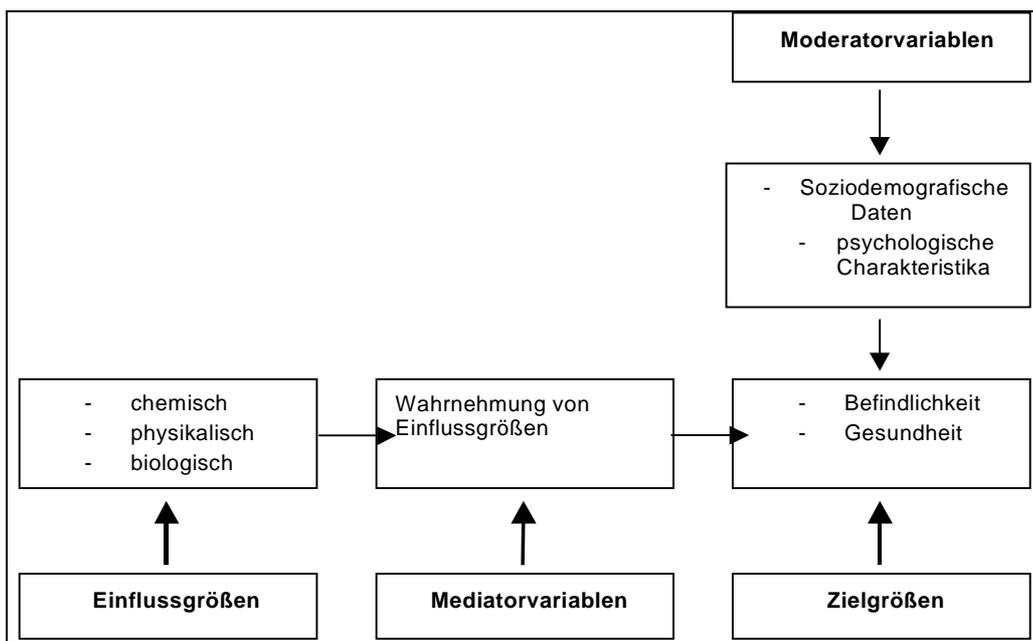


Abbildung 7 Mediator- und Moderatorvariablen in ihrer Relation zu Einfluss- und Zielgrößen im ProKlimA-Projekt

Wie aus dieser projektspezifischen Abbildung deutlich wird, hängt es von der Fragestellung ab, wie die Konstellation von Einfluss- und Zielgrößen und die zwischen ihnen variierenden Mediator- und Moderatorvariablen angenommen wird. Besonders deut-

lich wird dies an der ungewöhnlichen Platzierung soziodemografischer Variablen in der hier zugrunde gelegte ProKlimA-Untersuchung, denen weiter oben bereits ein maßgeblicher Platz in einem Modell sozialer Ungleichheit und Gesundheit auf der Makro-Ebene als mögliche Einflussvariable zugewiesen wurde. In Bezug auf das bereits erwähnte biopsychosoziale Modell sozialer Ungleichheit und Gesundheit (vgl. Steinkamp, 1999) müsste das Mediator-Moderator-Konzept wie folgt formuliert werden (vgl. Abbildung 8):

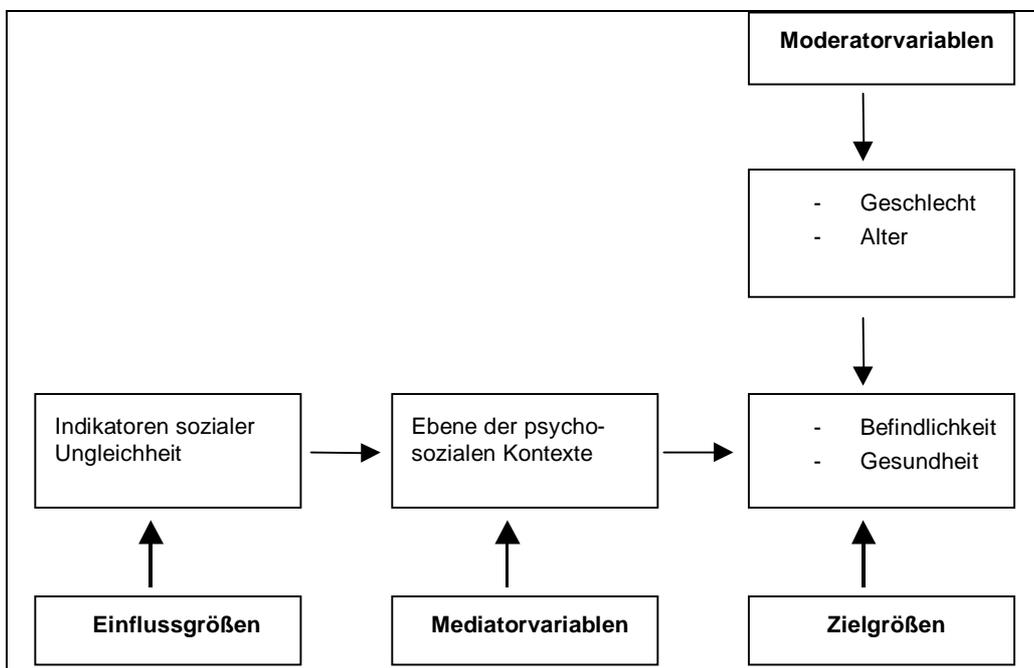


Abbildung 8 Modifizierung des hypothetischen Wirkungsgefüges aus der ProKlimA-Studie

Diese grafische Veranschaulichung in Abbildung 8 zeigt in vereinfachter Weise zum einen das kausalanalytische Verständnis der sog. ProKlimA-Untersuchung und zum anderen – in einer Modifikation – die mögliche Komposition, auf die hier zugrunde gelegte Fragestellung.

Auswertungslogik

Unter Kapitel 2.4.4.1 wurde das Modell Günther Steinkamps beschrieben und das von ihm vorgeschlagene Modell nachgezeichnet (vgl. Abbildung 5). Daraus geht zum einen die Komplexität der gemachten Modellannahmen hervor und zum anderen bietet

es als Anregung eine mögliche Erweiterung des relativ einfachen Mediator-Moderator-Konzeptes der ProKlimA-Untersuchung. Wie bereits gezeigt werden konnte, bestehen für die in Steinkamps Modell dargestellten Kausalitäten eine Fülle empirischer Belege, die sich in erweiterter Form auch bei Knesebeck wiederfinden. Von daher erschien es als eine Möglichkeit, die eigenen Daten in einer Re-Analyse daraufhin zu prüfen, ob diese in einer empirischen Annäherung den in Steinkamps Modell formulierten Kausalitäten und deren Konzepte standhalten können – entsprechend den unter 2.5 formulierten Hypothesen. Eine weitere daran anschließende Fragestellung besteht in der Prüfung und in dem Ergebnisvergleich der bei Knesebeck aufgezeigten Ergebnisse (vgl. Kapitel 2.4.4.2). Hier wurden erstmalig im Rahmen eines Strukturgleichungsmodells empirische Ergebnisse vorgelegt.

Der empirische Teil der Arbeit setzt sich in einer ersten Grobgliederung aus zwei Bereichen zusammen: Studie A (ProKlimA) und Studie B (Lebensqualität chronisch kranker Menschen in der Stadt Hamburg). Die interne Strukturierung jedes dieser zwei Bereiche ist deckungsgleich und wie folgt differenziert:

Erster Teil

Im ersten Teil wird die jeweilige Studie vorgestellt. Nach der Erläuterung der studien-spezifischen Fragestellung, der Stichprobenbeschreibung und der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse für die Indikatoren der Makro-, Meso- (psychosoziale Lebenskontexte) und Mikro-Ebene (subjektive Gesundheit, Befindlichkeit, Beschwerdelast und Lebensqualität) wird besonderer Schwerpunkt auf die ‚Operationalisierung sozialer Ungleichheit‘ (Makro-Ebene) in der jeweiligen Untersuchung gelegt. Jeder Abschnitt wird mit einer kurzen Zusammenfassung abgeschlossen.

Zweiter Teil

Unter den Kapiteln 3.2.4 (Studie A) und 3.4.4 (Studie B) wird unter der Überschrift ‚Multivariate Einflussprüfung‘ eine Angleichung an das Modell von Steinkamp vorgenommen. Die dabei in den Untersuchungen eingesetzten Instrumente werden dabei nur noch tabellarisch dargestellt, da sie bereits im entsprechenden Teil des theoretischen Hintergrundes erläutert wurden, und nur noch die Instrumente erwähnt, die noch nicht in den jeweiligen Kapiteln im theoretischen Teil der Arbeit aufgeschieden sind bzw. fragestellungsspezifische Eigenentwicklungen darstellen. In dieser Übersicht werden die Instrumente darüber hinaus auch den Ebenen (Ressourcen, Belastungen) des Modells zugeordnet.

Dritter Teil

Eigentlicher Gegenstand der Kapitel ‚Multivariate Einflussprüfung‘ ist in beiden Studien jeweils der Bereich ‚Einzelpfahrungen der Einflüsse durch Regressionsanalysen‘. Dieser Bereich wird von daher so intensiv ausgestaltet, da er eine Nähe zu den Analysen Knesebecks darstellt. Die Strukturierung dieses Bereiches orientiert sich an folgendem Vorgehen:

Durchführung eines Verteilungsvergleiches des Merkmals ‚subjektive Gesundheit‘ zwischen Knesebeck und Studie A und B.

- Schrittweise multiple Regression - **Zielkriterium ‚subjektive Gesundheit‘**, unabhängige Variablen: 1. Schritt Geschlecht und Alter, 2. Schritt Geschlecht, Alter und Bildung, 3. Schritt Geschlecht, Alter, Bildung und die Aspekte der **individuellen Ressourcen**
- Schrittweise multiple Regression - Zielkriterium ‚subjektive Gesundheit‘, unabhängige Variablen: 1. Schritt Geschlecht und Alter, 2. Schritt Geschlecht, Alter und Bildung, 3. Schritt Geschlecht, Alter, Bildung und die Aspekte der **strukturellen Ressourcen**
- Schrittweise multiple Regression - Zielkriterium ‚subjektive Gesundheit‘, unabhängige Variablen: 1. Schritt Geschlecht und Alter, 2. Schritt Geschlecht, Alter und Bildung, 3. Schritt Geschlecht, Alter, Bildung und die Aspekte der **individuellen Belastungen**
- Schrittweise multiple Regression - Zielkriterium ‚subjektive Gesundheit‘, unabhängige Variablen: 1. Schritt Geschlecht und Alter, 2. Schritt Geschlecht, Alter und Bildung, 3. Schritt Geschlecht, Alter, Bildung und die Aspekte der **strukturellen Belastungen**

Dieser ‚Viererschnitt‘ wird für alle Zielkriterien wiederholt. Da in Studie A auch das Zielkriterium ‚Beschwerdelast‘ als einziges körperlich orientiertes Maß erhoben wurde, wird das Vorgehen für die Beschwerdelast in gleicher Aufwändigkeit wie für die subjektive Gesundheit wiederholt.

In der Studie A werden die schrittweisen multiplen Regressionsanalysen für die Zielkriterien der Befindlichkeit tabellarisch zusammengefasst – in Studie B die der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Jeder Auswertungsschritt wird am Ende der inhaltlichen Darstellung kurz zusammengefasst.

Vierter Teil

Um die Einflüsse von Alter, Geschlecht und Bildung sowie die der Meso-Ebene simultan auf die Zielkriterien subjektive Gesundheit, Befindlichkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität abschätzen zu können, werden in den Kapiteln 3.2.5 (Studie A) und 3.4.5 (Studie B) strukturanalytische Prüfungen des Gesamtmodells vorgenommen. Dabei wird besonderer Wert auf die Nachvollziehbarkeit einzelner direkter und indirekter Effekte gelegt. Von daher wird abweichend von einer komplexen grafischen Darstellung der Koeffizienten im Pfadmodell die Abbildung von Balkendiagrammen gewählt. In diesen Balkendiagrammen werden alle Zielkriterien von Studie A und Studie B gemeinsam dargestellt, um eine optimale Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Lediglich für das Zielkriterium ‚subjektive Gesundheit‘ wird am Ende des jeweiligen Abschnittes eine grafische Darstellung der direkten Einflüsse im Pfadmodell präsentiert. Jeder der einzelnen Abschnitte wird mit einer kurzen Zusammenfassung abgeschlossen.

Technische Durchführung

Durchgeführt werden dabei multivariate Varianz- und Regressionsanalysen sowie Strukturgleichungsmodelle. Varianz- und Regressionsanalysen wurden mit SPSS für Windows gerechnet, Strukturgleichungsmodelle mit AMOS. Insgesamt aufbereitet wurden die Daten sowohl mit SPSS (Studie B) wie auch mit SAS (Studie A). Um die Durchführung gleicher Algorithmen zu gewährleisten, sind alle Daten in SPSS mittels DBMS/Copy übertragen worden. Eine Plausibilitätsprüfung der Übertragung wurde durchgeführt.

Diese Verfahrensweise wird analog auch für die zweite Untersuchung „Lebensqualität von chronisch kranken Menschen in der Stadt Hamburg“ (Studie B) durchgeführt.

Im Mittelpunkt des empirischen Teils stehen zwei Untersuchungen. Beide wurden unter Leitung von Frau Prof. Bullinger und unter Mitarbeit des Autors an der Abteilung für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt.

Die erste Untersuchung stellt eine arbeits- und umweltmedizinische Untersuchung zur Befindlichkeit von Büroangestellten dar (Studie A). Eher versorgungsepidemiologisch ist die zweite Untersuchung bei chronisch kranken Menschen in Hamburg (Studie B) angelegt. Es handelt sich hier um zwei in Fragestellung und Studienpopulation initial unterschiedliche Untersuchungen.

3.1 Studie A die ProKlimA-Untersuchung

3.1.1 Hintergrund und Fragestellung

Die Frage nach der Befindlichkeit, der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern in Bürogebäuden ist ein Thema von hoher gesundheits-, wirtschafts- und umweltpolitischer Relevanz, das sowohl in den Arbeitswissenschaften als auch in der Betriebsmedizin, der Arbeits- und Organisationspsychologie und in wirtschaftswissenschaftlichen Untersuchungen Niederschlag gefunden hat. Im Rahmen der Untersuchungen zum sogenannten Sick-Building-Syndrom kommt der Frage nach dem Einfluss des Innenraumklimas auf Befindlichkeit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit eine besondere Bedeutung zu (Kröling & Bullinger, 1996). Im Zusammenhang mit der Klimatisierung von Arbeitsplätzen in Bürogebäuden stellt sich die spezifische Frage, inwieweit raumluftechnische Anlagen die Befindlichkeit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern positiv oder negativ beeinflussen.

Befindlichkeit in Innenräumen

In den letzten Jahren sind Störungen von Leistungsfähigkeit, Befindlichkeit und Gesundheit in Bürogebäuden im Zusammenhang mit dem Innenraumklima berichtet worden – speziell im Zusammenhang mit raumluftechnischen Anlagen – und unter dem Begriff Sick-Building-Syndrom bekannt geworden. Unter dem Sick-Building-Syndrom versteht man einen Komplex von unspezifischen Beschwerden, hauptsächlich Reizerscheinungen und sensorische Missempfindungen im Bereich von Augen, Haut, Nase, Mund und Hals sowie einen Komplex zentralnervöser Beschwerden, wie Kopfschmerz, Müdigkeit, etc. Nach WHO-Definition (1982) treten diese Beschwerden im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in Gebäuden auf und verschwinden wieder oder gehen nach Verlassen des Gebäudes zurück. Wesentliches Charakteristikum des Sick-Building-Syndroms ist, dass die mit ihm verbundenen, von den Arbeitnehmern in verschiedenen Gebäuden geäußerten Beschwerden bisher nicht eindeutig auf raumklimatische Faktoren zurückzuführen sind. Dies unterscheidet das Syndrom von der sog. Building Related Illness, in der ein kausal nachvollziehbarer, pathologisch beschreibbarer Zusammenhang zwischen Beschwerden und Gesundheitsstörungen einerseits und Charakteristika des Innenraumes, speziell hinsichtlich Verunreinigungen, beschrieben worden ist (z. B. Legionelleninfektion in Zusammenhang mit Verunreinigungen des Befeuchterwassers). Trotz der Vielfalt vorlie-

gender Untersuchungen zum Sick-Building-Syndrom ist bisher nicht befriedigend geklärt, wie es diagnostisch zu erfassen ist, welche ätiologischen Faktoren für das SBS verantwortlich sind und welche generellen Möglichkeiten der SBS-Prävention zur Verfügung stehen. Bisherige Untersuchungen zum Sick-Building-Syndrom stammen vorwiegend aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Bereich, in Deutschland ist das Phänomen mit Ausnahme einer größeren Untersuchung von Kröling aus dem Jahre 1985 (Kröling, 1985) wenig untersucht worden.

Das ProKlimA-Projekt

Im Rahmen einer Forschungsausschreibung des Bundesministeriums für Forschung und Technologie im Jahre 1992 im Bereich Arbeit und Technik wurde die Projektgruppe ProKlimA (Projektgruppe Klima und Arbeit) gegründet. Im Jahre 1994 wurde mit der Durchführung eines 5-jährigen Forschungsprojektes zum Thema „Untersuchung positiver und negativer Wirkungen raumluftechnischer Anlagen auf Befindlichkeit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit“ begonnen. Die Projektgruppe besteht aus acht Projektpartnern aus den Bereichen Medizin, Arbeitswissenschaften, Ingenieurwissenschaften, Naturwissenschaften, Statistik, Soziologie und Psychologie. Die interdisziplinäre Projektgruppe repräsentiert Forschungsrichtungen, die für das Verständnis des Sick-Building-Syndroms speziell und allgemein für Untersuchungen der Befindlichkeit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit von innenraumklimatischen Faktoren besonders ausgewiesen sind. Wesentlich für das konzipierte Studiendesign ist die Kombination von Querschnitts-, Längsschnitt- und Interventionsmessungen. Charakteristika des Innenraumes werden über physikalische, chemische und mikrobiologische Analysemethoden sowie übergreifende Parameter der Einschätzung der Innenraumlufqualität als hypothetische Einflussvariablen erfasst.

Auf der Ebene der Befindlichkeit sind die erhobenen Zielgrößen das sensorische Empfinden, die psychische Befindlichkeit und die körperlichen Beschwerden. Auf der Ebene der Leistungsfähigkeit sind es die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, im Bereich der Gesundheitsvariablen sind es Reizerscheinungen am Auge und der Haut, Lungenfunktionsparameter sowie allergologische Daten. Mit diesem mehrstufigen und multidisziplinären Design sowie der klaren Trennung zwischen Einfluss- und Zielvariablen versucht das Projekt, einen Beitrag zur wissenschaftlich qualifizierten Auseinandersetzung mit dem Sick-Building-Syndrom zu leisten.

3.1.2 Methoden der ProKlimA-Untersuchung

3.1.2.1 Studiendesign und Stichprobenzugang

Das Design der Untersuchungen richtete sich nach den oben dargestellten Anforderungen und bestand aus drei Erhebungsphasen. Während des ersten Messzeitpunktes (MZP1) wurden standardisierte Interviews mit allen im jeweiligen Gebäude anwesenden Angestellten durchgeführt. Hierbei wurde ein modular aufgebauter Fragebogen eingesetzt, der verschiedene Aspekte der Befindlichkeit, Raumklimawahrnehmung und psychosozialer Variablen mit einbezog. Für den zweiten Messzeitpunkt (MZP2) wurden aufgrund der Erhebungen zum MZP1 60 Personen mit den geringsten und 60 Personen mit den höchsten Punktwerten in der Skala zur Messung sensorischer Befindlichkeitsstörungen im Gebäude identifiziert.

Zum MZP3 und MZP4 wurden in ausgewählten Gebäuden aufgrund der Analyseergebnisse des MZP2 Interventionen zur Veränderung des Raumklimas bzw. der Arbeitsplatzsituation vorgeschlagen. Jeweils vor und nach der Durchführung dieser Interventionen – in der Regel in einem Abstand von vier Wochen – fand eine wiederholte verkürzte Befindlichkeitsbefragung statt. Gegenstand der hier vorgelegten Arbeit sind ausschließlich die Daten des ersten Messzeitpunktes.

Gebäudeauswahl

Insgesamt wurden 14 Gebäude untersucht, die den allgemeinen Gebäudebestand in Deutschland bezüglich Alter, Konstruktion, technischer Ausstattung und Nutzung (öffentlich oder privat) repräsentieren. Die Gebäude sollten seit mindestens zwei Jahren genutzt werden, um Neubau-spezifische Emissionen auszuschließen und für mehr als 200 Angestellte ausgelegt sein. Die in die Untersuchung einbezogenen Gebäude hatten sowohl natürliche Lüftung als auch raumluftechnische Anlagen.

Erreichte Stichprobe

Vorbereitung

Bei der Auswahl der Stichproben wurden nur Büro- und Verwaltungsangestellte rekrutiert, d. h. sonstige Angestellte wie z. B. Küchenpersonal und Hausmeister etc. wurden nicht ausgewählt. Dieser Umstand spiegelt sich in der folgenden Analyse darin wider, dass hinsichtlich des Bildungsniveaus der Befragten nur wenig Varianz erreicht wird.

1. Messzeitpunkt

Jedem Mitarbeiter wurde ein Fragebogen, ein Mitarbeiterinformationsblatt und ein Informationsblatt für die Datennutzung ausgehändigt. Die Mitarbeiter erhielten eine Kurzinformation über die Studie und wurden gebeten, den Fragebogen während des Arbeitstages auszufüllen. Mitarbeiter, die sich bereit erklärt hatten, an der Untersuchung teilzunehmen, bekamen eine 4-stellige Identifikationsnummer zugeteilt, die über alle Gebäude ein-eindeutig war, d. h. jede Identifikationsnummer existiert im Gesamtdatensatz nur einmal. Gründe für eine Nichtteilnahme wie z. B. Dienstreise, Krankheit oder kein Interesse wurden mit einem entsprechenden Code vermerkt. Mit diesem System konnte jeder Mitarbeiter, der sich am Untersuchungstag im Gebäude befand, erfasst werden. Um den Rücklauf der Fragebogenerhebung zu berechnen, konnten die Mitarbeiter, die am Untersuchungstag nicht im Gebäude anwesend waren, mit Hilfe der Codierungserfassung entsprechend heraus gerechnet werden, woraus sich der sogenannte „bereinigte Rücklauf“ ergab. Dieser Rücklauf lag über die Gebäude hinweg zwischen 72.3% und 93.3%. Zu MZP1 wurden insgesamt 4.596 Personen erreicht.

Erhebungsverfahren

Der Gegenstand der psychologischen Befragung war die Erfassung der Befindlichkeit der Angestellten in Bürogebäuden. Hierfür wurde ein Fragebogen entwickelt, der allen zu einem Stichtag im Gebäude anwesenden Angestellten vorgelegt wurde (Mackensen, Morfeld & Bullinger, 1997).

Der Fragebogen war modular aufgebaut und beinhaltete Fragen zur aktuellen Befindlichkeit während der Arbeitszeit. In einem weiteren Modul wurden die wahrgenommenen Arbeitsbedingungen erfragt, daran schlossen sich Informationen zur Persönlichkeit, Soziodemografie und Tätigkeitsstruktur an.

Beschreibung der eingesetzten Instrumente und Verfahren

Wenn möglich wurden zur Erfassung der genannten Bereiche des modulären Fragebogens standardisierte Verfahren eingesetzt, die in der psychologischen Forschung bereits hinsichtlich ihrer Reliabilität, Validität und Sensitivität überprüft wurden und von denen Vergleichswerte vorhanden sind. Diese Instrumente wurden bereits ausnahmslos im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit den Analyseebenen zugewiesen und

besprochen. Tabelle 12 gibt einen Überblick über die verwendeten Verfahren, sowie ihre Zuordnung zu den einzelnen Modulen und den Ebenen des *Kausalmodells*.

Tabelle 12 Module und Instrumente der Psychologischen Befragung im ProKlimA Projekt (der Fragebogen findet sich im Anhang dargestellt)

| Modul | Instrument | Autor | Einordnung | |
|---------------------------------|--|---|------------|--|
| Körperliche Empfindungen | | | sensorisch | ProKlimA-spezifisch – wird hier nicht weiterverfolgt |
| A | Sensorikliste, SBS-spezifisch | Bullinger, 1994 | | |
| B | sechs einzelne Organbereiche | | | |
| Gesundheitszustand | | | körperlich | Mikro-Ebene |
| C | Beschwerdeliste (B-L) | von Zerssen, 1976 | | |
| D | Krankheiten | | | |
| E | Allgemeiner Gesundheitszustand (subjektive Gesundheit) | | | |
| Befinden | | | psychisch | |
| F | Profile of Mood States (POMS) | McNair et al., 1971 | | |
| G | Mentale Verstimmung (SF-1) aus SF-36 | Bullinger & Kirchberger, 1998 | | |
| Raumklima | | | verfolgt | ProKlimA-spezifisch – wird hier nicht weiter- |
| H | Fragebogen zur Raumklimabeurteilung | Bullinger, 1994 | | |
| I | Polaritätenprofil | | | |
| J | Raumklimazufriedenheit | | | |
| Arbeit u. Alltag | | | Meso-Ebene | |
| K | Arbeitssättigung | Tielsch, 1987 | | |
| L | Arbeitsbezogene und vitale Erschöpfung– IRES + DHP | Gerdes & Jäckel, 1992 | | |
| M | Arbeitszufriedenheit | Adaptiert nach Henrich & Herschbach, 1996 | | |

Fortsetzung Tabelle 12

| Person | | | Meso-Ebene |
|-----------------------------|---|----------------------------|--|
| N | Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung (FEGK) | Ferring & Filipp, 1989 | |
| O | Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) | Henrich & Herschbach, 1996 | |
| P | Gesundheitsverhalten – eigene Fitnesseinschätzung | | |
| Q | Gesundheitsschädigendes Verhalten - Rauchen | | |
| Tätigkeit & Soziodemografie | | | Makro-Ebene |
| R | Tätigkeitsmerkmale | | |
| | Geschlecht | | |
| | Alter | | |
| | Familienstand | | |
| | Lebenssituation | | |
| | Schulbildung | | |
| | Berufsausbildung | | |
| Umgebungseinflüsse | | | ProKlimA-spezifisch – wird hier nicht weiterverfolgt |
| S | Fenster vorhanden/zu öffnen | | |
| | Beleuchtung/Licht | | |
| | Dauer im Unternehmen/Arbeitsplatz | | |
| | Pausen während der Arbeit | | |
| | Verlassen Arbeitsplatz | | |

Alle eingesetzten und für die vorliegende Arbeit wiederum herangezogenen Instrumente finden sich bereits ausführlich im theoretischen Teil der Arbeit. Um jedoch zum einen die Lesbarkeit zu erhalten und zum anderem dem Standard zu entsprechen, dass die Erhebungsverfahren im empirischen Teil erwähnt werden, werden die Instrumente zu Beginn des entsprechenden Ergebnisteiles nochmals kurz dargestellt.

3.2 Deskriptive Ergebnisse Studie A

Im Folgenden werden die wesentlichsten Verteilungskennwerte der ProKlimA-Untersuchung beschrieben. Dabei werden nur die Instrumente und Variablen beschrieben, die auch eine Rolle innerhalb des Mehrebenenmodells zur Erklärung ungleicher Gesundheit bzw. Befindlichkeit spielen. Auf die Darstellung spezifischer Ergebnisse beispielsweise zum Innenraumklima oder aber zur sensorischen Befindlichkeit, die einen ganz anderen Stellenwert bei der Ätiologiebeschreibung des SBS besitzen, wird hier verzichtet.

3.2.1 Soziale Ungleichheit - Studie A

Soziodemografie

An soziodemografischen Variablen wurden das Geschlecht, das Alter in sechs vorgegebenen Klassen, der Familienstand (ledig/ verheiratet/verwitwet/geschieden/getrennt lebend), die Lebenssituation (allein lebend/mit Partner/Familie/in einer WG lebend), der Schulabschluss (Haupt-/Volksschule, Mittlere Reife/Realschule, Abitur/Fachabitur) sowie die Berufsausbildung (kein Abschluss/Berufsschule/Lehre, Fach-/Meisterschule, Uni/Hochschule) abgefragt. Diese Form der Erhebung soziodemografischer Charakteristika entspricht nicht den Standardvorgaben beispielsweise von ZUMA oder der DAE (vgl. Kapitel 2.1.2).

3.2.1.1 Stichprobenbeschreibung¹⁷

Für die hier bearbeitete Fragestellung kommt die epidemiologische Erhebung aller im Gebäude beschäftigten Personen zum ersten Messzeitpunkt in Frage. Diese Befragten werden nunmehr als eine gebäudeübergreifende Stichprobe behandelt.

Insgesamt wurden in die Untersuchung 14 Gebäude mit insgesamt 4.596 auswertbaren Fällen aufgenommen. Um einen Überblick der untersuchten Gebäude zu gewährleisten, werden die wesentlichen soziodemografischen Charakteristika aller un-

¹⁷ Die für die Stichprobenbeschreibung wesentlichen Variablen sind in Tabelle 12 unter der Rubrik Modul R zu finden.

tersuchten Mitarbeiter im Folgenden kurz vorgestellt. Die hier erhobenen soziodemografischen Merkmale sind gegenüber bevölkerungsbezogenen Surveys verkürzt. Aus Gründen der Praktikabilität, aber auch vor dem Hintergrund der Homogenität des Klientels – beispielsweise was den Erwerbsstatus und die berufliche Stellung betrifft – schien eine solche Verkürzung zu Beginn der ursprünglichen Projektkonzeption angemessen. In der hier neu konzipierten Fragestellung wäre eine breitere Erhebung der soziodemografischen Merkmale wünschenswert gewesen – allein auch aus dem Grunde, um auf der Seite der Indikatoren sozialer Ungleichheit mehr Varianz zur Verfügung zu haben.

Einen wesentlichen Anteil der hier untersuchten Angestellten stellen mit 55.7% die Frauen dar. Der Großteil der Befragten ist verheiratet (56.8%) und/oder lebt mit dem Partner oder der Familie zusammen (79.0%). Die Mehrzahl der Personen hat einen mittleren Schul- (41.1%) bzw. Bildungsabschluss (46.6%). Die soziodemografischen Merkmale der **gesamten Untersuchungsgruppe** sind in Tabelle 13 aufgeführt.

Tabelle 13 Soziodemografische Merkmale der Beschäftigten (n = 4.596)

| | Ausprägung | Häufigkeit | Prozent |
|-------------------------|---------------------|-------------------|----------------|
| Geschlecht | weiblich | 2517 | 55.7 |
| | männlich | 2003 | 44.3 |
| Familienstand | keine Angabe: n=76 | | |
| | ledig | 1500 | 33.3 |
| | verheiratet | 2556 | 56.8 |
| | verwitwet | 46 | 1.0 |
| | geschieden | 329 | 7.3 |
| | getrennt lebend | 68 | 1.5 |
| Lebenssituation | keine Angabe: n=97 | | |
| | allein lebend | 846 | 19.6 |
| | mit Partner/Familie | 3418 | 79.0 |
| | Wohngemeinschaft | 60 | 1.4 |
| Alter | keine Angabe: n=43 | | |
| | jünger als 20 | 77 | 1.7 |
| | 21-30 | 1094 | 21.2 |
| | 31-40 | 1422 | 31.5 |
| | 41-50 | 1168 | 25.9 |
| | 51-60 | 717 | 15.9 |
| | älter als 61 | 39 | 0.9 |
| Schulabschluss | keine Angabe: n=79 | | |
| | Haupt-/Volksschule | 786 | 17.6 |
| | Mittlere Reife | 1840 | 41.1 |
| | Abitur/Fachabitur | 1848 | 41.3 |
| Berufsausbildung | keine Angabe: n=122 | | |
| | kein Abschluss | 147 | 3.3 |
| | Berufsschule/Lehre | 2048 | 46.6 |
| | Fach-/Meisterschule | 752 | 17.1 |
| | Uni/Hochschule | 1446 | 32.9 |
| | keine Angabe: n=203 | | |

3.2.1.2 Operationalisierung sozialer Ungleichheit in Studie A nach Scheuch

Die soziodemografische Basis der ProKlimA-Untersuchung bietet nicht die Möglichkeit einen additiven Index als Indikator sozialer Ungleichheit zu bilden, wie er von Scheuch vorgeschlagen und in Kapitel 2.1.2 erläutert wurde. Besonders misslich war dabei, dass für die Variable Schulabschluss die Kategorie „ohne Abschluss“ nicht vorgelegt wurde. Die beiden Variablen Schulabschluss und Berufsausbildung können jedoch an die Vorschriften in Tabelle 5 und dort der Variable Bildung angepasst werden. Auf die Verteilung in beiden Variablen sei auf die folgende Tabelle 14 verwiesen.

Tabelle 14 Basisvariablen und deren Häufigkeitsverteilung zur Konstruktion des Indexes Bildung nach Scheuch (Studie A)

| Schulabschluss | | | Berufsausbildung | | |
|---------------------------|---------------|-------|---------------------|------|-------|
| Kein Abschluss | nicht erhoben | | kein Abschluss | 147 | 3.3% |
| Haupt-/Volksschule | 784 | 17.5% | Berufsschule/Lehre | 2047 | 46.6% |
| Mittlere Reife/Realschule | 1839 | 41.1% | Fach-/Meisterschule | 750 | 17.1% |
| Abitur/Fachabitur | 1847 | 41.3% | Uni/Hochschule | 1445 | 32.9% |
| | | | | | |
| Gesamt | 4470 | 100% | Gesamt | 4389 | 100% |
| Keine Angaben | 122 | | Keine Angaben | 207 | |

Nach der in Tabelle 5 vorgestellten Operationalisierung des Bildungsindex ergibt sich folgende Verteilung für die neu gebildete Variable *Bildung* in der ProKlimA-Untersuchung (vgl. Tabelle 15):

Tabelle 15 Häufigkeitsverteilung der Bildungsvariable nach Scheuch für die ProKlimA Untersuchung

| Punktwert | Bildung | n | % |
|-----------|--|------|--------|
| 1 | kein Schulabschluss / ohne Ausbildung | / | / |
| 2 | Volks-, Hauptschulabschluss / ohne Ausbildung | 48 | 1,1% |
| 3 | Realschule, Mittlere Reife o. Fachschulreife / ohne Ausbildung | 56 | 1,3% |
| 4 | Volks-, Hauptschulabschluss / mit Lehre oder kein Schulabschluss / mit Lehre oder Fachschule, Ingenieurschule | 591 | 13,6% |
| 5 | Volks-, Hauptschulabschluss / mit Fachschule, Ingenieurschule oder Realschule, Mittlere Reife o. Fachschulreife / mit Lehre o. Fachschule, Ingenieurschule | 1707 | 39,2% |
| 6 | Abitur / ohne Ausbildung, o. mit Lehre o. mit Fachschule, Ingenieurschule | 520 | 11,9% |
| 7 | Abitur oder andere Bildungsabschlüsse / und Hochschulausbildung | 1437 | 33,0% |
| | Gesamt | 4359 | 100,0% |
| | Keine Angaben | 237 | |

Deutlich wird durch die Angaben in Tabelle 15, dass zum einen die Kategorie "Kein Schulabschluss/keine Berufsausbildung" aufgrund der im Fragebogen nicht erhobenen Ausprägung „kein Schulabschluss“ empirisch nicht ermittelt werden konnte. Hierbei ist jedoch davon auszugehen, dass bei dem hier erfassten Klientel von Büroangestellten in Deutschland nur wenig Personen mit dieser Merkmalsausprägung anzutreffen sind. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass insbesondere die höheren bis hohen Bildungslagen, Personen mit Abitur und Hochschulabschluss, gegenüber einer Standardbevölkerung überrepräsentiert sind (vgl. Geißler, 1996a).

3.2.2 Psychosoziale Lebenskontexte - Studie A

Arbeits- und Lebenszufriedenheit

In Anlehnung an den oben beschriebenen Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) wurde eine Skala zur Arbeitszufriedenheit entwickelt, in der 14 Aspekte der Arbeit bezüglich ihrer Wichtigkeit für das Wohlbefinden und der Zufriedenheit auf einer fünfstufigen Likertskala bewertet werden müssen. Das Zeitfenster umfasst vier Wochen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, eine gewichtete Zufriedenheit zu berechnen. Die in dieser Studie erstmals verwendeten Skalen erbrachten gute psychometrische Kennwerte. Die interne Konsistenz der zwei Skalen lag bei 0.85, für die Skala „gewichtete Zufriedenheit“ bei 0.84 (jeweils Cronbach's α).

Der **Fragebogen zur Lebenszufriedenheit** (FLZ) besteht aus der Angabe von Wichtigkeit von Lebensbereichen für das eigene Wohlbefinden sowie der Einschätzung der Zufriedenheit mit diesen Aspekten und wurde weiter oben bereits beschrieben (vgl. Kapitel 2.2). Nach Abbildung 9 zeigten sich die Befragten mit ihrem Leben insgesamt betrachtet eher als *'ziemlich zufrieden'* (mean: 3.59; SD: 0.55; median: 3.67; range: 1-5). Mit den drei folgenden Lebensbereichen waren sie am häufigsten **unzufrieden** (*'eher', 'unzufrieden'*):

- 'Umweltbedingungen' (30.2%)
- 'Einkommen/Finanzen' (18.2%)
- 'Gesundheit' (15.3%).

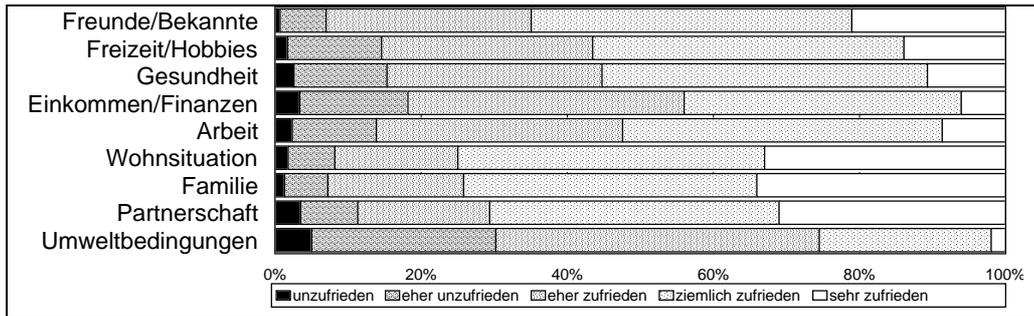


Abbildung 9 Lebenszufriedenheit (Häufigkeitsverteilung) - MZP1

In der Einschätzung der **Wichtigkeit der Lebensbedingungen** haben nach Abbildung 10 die drei folgenden Aspekte oberste Priorität ('*sehr wichtig*', '*extrem wichtig*):

- 'Gesundheit' (90.8%)
- 'Partnerschaft' (83.2%)
- 'Familienleben/Kinder' (80.5%).



Abbildung 10 Wichtigkeit der Lebensbedingungen (Häufigkeitsverteilung) - MZP1

Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung¹⁸

Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK) ermittelt mit 20 Items die interne bzw. externe Kontrollüberzeugung der Personen und wurde unter Kapitel 2.2 beschrieben.

Es zeigte sich, dass sich die Mehrzahl der Angestellten interne Attribuierungen zuschreiben, was als eine eher selbstverantwortliche Einschätzung zur Gesundheitserhaltung bzw. Krankheitsentwicklung interpretiert werden kann (interne Kontrollüberzeugung: mean: 4.24; SD: 0.55; median: 4.2; range: 1-6; externe Kontrollüberzeugung: mean: 3.03; SD: 0.62; median: 3.0; range: 1-6).

Gesundheitsverhalten¹⁹

Neben eher allgemein raumklimatischen Faktoren fließen in die Untersuchung auch personen- und individuell-arbeitsplatzbezogene Faktoren ein. Etwa ein Viertel der Befragten sind Raucher, von denen 59 % nicht an ihrem Arbeitsplatz rauchen. In der näheren Arbeitsumgebung der **Nichtraucher** wird in 24.5 % der Fälle geraucht (vgl. Tabelle 16).

¹⁸ Die für die Beschreibung der Personencharakteristika wesentlichen Variablen sind in Tabelle 12 unter der Rubrik Module N u. O zu finden.

¹⁹ Die für die Beschreibung der auf das Gesundheitsverhalten bezogenen Variablen sind in Tabelle 12 unter der Rubrik Modul P u. Q zu finden.

Tabelle 16 Individuell-arbeitsplatzbezogene Faktoren

| | Ausprägung | Häufigkeit | Prozent |
|---|-----------------------|------------|---------|
| Raucher | ja | 1140 | 25.3 |
| | nein | 3368 | 74.7 |
| | keine Angabe: n = 81 | | |
| Rauchen am Arbeitsplatz | ja | 468 | 10.5 |
| | nein | 3992 | 89.5 |
| | keine Angabe: n = 129 | | |
| Rauchen in Umgebung des Arbeitsplatzes | ja | 3227 | 71.7 |
| | Nein | 1271 | 28.3 |
| | keine Angabe: n = 91 | | |
| Eigene Fitnesseinschätzung | schlecht | 363 | 8.1 |
| | weniger gut | 1714 | 38.0 |
| | gut | 1831 | 40.6 |
| | sehr gut | 492 | 10.9 |
| | ausgezeichnet | 109 | 2.4 |
| | keine Angabe: n = 83 | | |

Darüber hinaus wurde die Frage nach der Selbsteinschätzung des eigenen Fitnesszustandes gestellt (Wie würden Sie Ihre momentane sportliche Fitness beschreiben? - von schlecht bis ausgezeichnet). Dabei zeigte sich, dass 53.9% der Befragten ihren Fitnesszustand als gut bis ausgezeichnet einschätzen.

Allgemeine und arbeitsspezifische Belastung und Beanspruchung²⁰

Für die Erfassung der allgemeinen und arbeitsspezifischen Belastung wurden aus den „Indikatoren des REhaStatus“ IRES (Version 2) (Gerdes & Jäckel, 1992) die Skalen „berufliche“ bzw. „vitale Erschöpfung“, wobei „berufliche Erschöpfung“ aus der Begleituntersuchung zur „Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie“ stammt (Hoffmeister et al., 1988). Das Instrument wurde weiter oben bereits beschrieben. Gleiches gilt auch für die Erfassung von Arbeitsmonotonie. Hier wurde der „Fragebogen zur Erfassung von Beanspruchungsfolgen“ (FBF) eingesetzt, der einen unlustbetonten Zustand der affektiven Gespanntheit gegenüber der Tätigkeit erfasst (Tielsch, 1987).

Die Beanspruchung wurde in zwei Skalen bezogen auf **vitale** Erschöpfung (z. B. 'Wie oft kommt es vor, dass Sie sich völlig erschöpft fühlen?') und **berufliche** Erschöpfung

²⁰ Die für die Beschreibung der Arbeitssituation und deren Bewertung wesentlichen Variablen sind in Tabelle 12 unter der Rubrik Modul L zu finden.

(z. B. ‘Wie oft kommt es vor, dass Sie sich am Feierabend müde, erschöpft fühlen?’) erfasst (vgl. Abbildung 11). Hinsichtlich beider Konnotationen der Beanspruchung (range 1-4) bezeichneten sich die Befragten als eher ‘selten’ beansprucht. Hierbei ist die allgemeine Beanspruchung geringer ausgeprägt (mean: 2.04; SD: 0.49) als die arbeitsbezogene Beanspruchung (mean: 2.40; SD: 0.45).

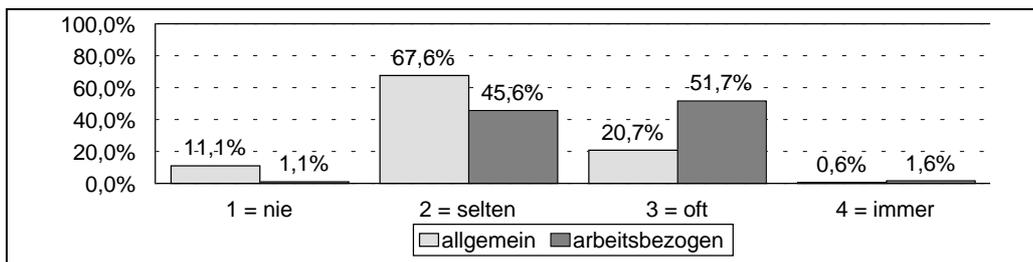


Abbildung 11 Arbeitsbezogene und vitale Erschöpfung (Häufigkeitsverteilung) - MZP1

Die Arbeitsumwelt der Befragten wurde hinsichtlich des Wohlbefindens bei der Arbeitstätigkeit, der Arbeitszufriedenheit und der Einschätzung der Wichtigkeit von Arbeitsplatzmerkmalen erfasst. Die Angestellten fühlten sich bei ihrer Arbeitstätigkeit eher wohl (mean: 1.33; SD : 0.52; Median: 1.15; range: 1-2). Die durchschnittliche **Arbeitszufriedenheit** liegt bei 3.35 (SD : 0.57, range: 1-5). Die Beanspruchung bzw. Arbeitsmonotonie der Angestellten liegt in dieser Untersuchung eher im unteren Bereich (vgl. Tabelle 17).

Da es sich hier im Wesentlichen um Summenvariablen handelt, die aus einer Vielzahl von Einzelitems zusammengesetzt worden sind, wurde eine tabellarische Übersicht zu jeder Ebene gewählt, in der die Verteilungsparameter dargestellt wurden. Bei der anschließenden Zusammenfassung ist darauf hinzuweisen, dass es sich hier um die methodische Vorbereitung der multivariaten Analyse handelt. Die Beschreibung der Verteilungsbesonderheiten ist Voraussetzung für die Kombination der Instrumente in einem multivariaten Modell und deren Interpretation.

Tabelle 17 Verteilungskennwerte der Parameter auf der Meso-Ebene - Studie A

| Instrument | Mittelwert | Standardabweichung | Median | Range | N |
|--|------------|--------------------|--------|-------|------|
| Lebenszufriedenheit | 3.59 | 0.55 | 3.67 | [1;5] | 4300 |
| Lebenswichtigkeit | 3.96 | 0.49 | 4 | [1;5] | 4439 |
| Gesundheitsverhalten (Fitness) | 2.62 | 0.87 | 3.00 | [1;5] | 4509 |
| Gesundheitsschädliches Verhalten (Rauchen) | .25 | 0.43 | .00 | [0;1] | 4511 |
| Arbeitswichtigkeit | 3.69 | 0.51 | 3.71 | [1;5] | 4450 |
| Arbeitszufriedenheit | 3.36 | 0.57 | 3.36 | [1;5] | 4333 |
| Internale Kontrollüber- zeugung | 4.24 | 0.55 | 4.2 | [1;6] | 4435 |
| Externale Kontrollüber- zeugung | 3.03 | 0.62 | 3 | [1;6] | 4415 |
| IRES - Allg. Beanspru- chung (vitale Erschöp- fung) | 2.04 | 0.49 | 2 | [1;4] | 4449 |
| IRES - Arbeitsbeanspru- chung (berufliche Er- schöpfung) | 2.4 | 0.45 | 2.5 | [1;4] | 4474 |
| Arbeitsmonotonie (FBF) | 1.22 | 0.26 | 1.08 | [1;2] | 4434 |

Zusammenfassung

Eine erste Zusammenfassung der Gesamtstichprobe ergibt folgende Hinweise bei den erhobenen psychosozialen Instrumenten: Es zeigt sich, dass die Befragten auf einer Skala von 1 bis 5 insgesamt eher zufrieden (Mittelwert = 3.59) mit den zusammengefassten Aspekten ihres Lebens wie Freunde/Bekannte, Freizeitgestaltung/Hobbies, Gesundheit, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Familienleben/Kinder, Partnerschaft/Sexualität und Umweltbedingungen sind. Im Verhältnis zeigt sich hierzu, dass zwar eine gewisse Diskrepanz zur Einschätzung der Wichtigkeit dieser Aspekte besteht (Mittelwerte 3.59 zu 3.96), von einer auffälligen Unterschiedlichkeit jedoch nicht ausgegangen werden kann. Darüber hinaus kann berichtet werden, dass die Befragten ihren eigenen Fitnesszustand als eher gut bezeichnen

(Mittelwert = 2.6 auf einer Skala von 1=schlecht; 5=ausgezeichnet). Diese Frage wird im Folgenden als Aspekt des Gesundheitsverhaltens interpretiert, ebenso wie die Frage nach dem eigenen Raucherstatus. Hier berichteten 25.3% oder n=1141 der Befragten, dass sie rauchen (gesundheitsschädigendes Verhalten). Die externale Kontrollüberzeugung zeigt mit einem Mittelwert von 3.03 tendenziell ein hohes Verantwortungsgefühl für die eigene Gesundheit. Korrespondierend hierzu ergibt sich mit einem Mittelwert von 4.2 wenig Bereitschaft bei den Befragten, das eigene Wohlbefinden in die Verantwortung anderer zu geben (internale Kontrollüberzeugung). Auch zeigt sich bei der Betrachtung der vitalen Erschöpfung mit einem Mittelwert von 2.04, dass sich die Angestellten eher wenig erschöpft, lustloser als früher, niedergeschlagen und traurig, unruhig und abgespannt sowie weniger zufrieden mit sich selbst bezeichnen und ihre Zukunft eher sicher einschätzen. Im Vergleich zur vitalen Erschöpfung lässt sich bei der beruflichen Erschöpfung schon eher eine leichte Tendenz hin zu mehr Beanspruchung feststellen (Mittelwerte 2.04 zu 2.4). Auch die Arbeitszufriedenheit zeigt einen Mittelwert von 3.4, der eher auf eine zufriedene Arbeitsplatzsituation hinweist.

3.2.3 Subjektive Gesundheit, Befindlichkeit und Beschwerdelast - Studie A

Die Gesundheit als Zielkriterium dieser Untersuchung entspricht einer Sichtweise, die Kernpunkt auch des WHO-Konzeptes ist. Darin wird nicht mehr ausschließlich die körperliche Unversehrtheit betont, sondern in Kombination mit der Dimension des Wohlbefindens und der Zufriedenheit eine umfassende Ebene der Gesundheit deutlich gemacht. Dies spiegelt sich maßgeblich in der Operationalisierung der hier verwendeten Zielkriterien wider. Zum einen wird durch standardisierte Verfahren die Ebene der körperlichen Gesundheit und zum anderen die psychosoziale Dimension der Befindlichkeit abgebildet. Eine substanzielle Komponente des SBS sind empfundene Beeinträchtigungen der Sensorik, die hier nicht weiter verfolgt werden (vgl. Tabelle 12).

Als Zielkriterien auf der Mikro-Ebene wurden der allgemeine Gesundheitszustand (subjektive Gesundheit), zur Erfassung der Befindlichkeit der POMS bzw. der mentalen Verstimmung der SF-1 sowie die Beschwerdeliste von von Zerssen, die in Kapitel 2.3 näher erläutert wurden, eingesetzt.

Allgemeiner Gesundheitszustand (subjektive Gesundheit)

Der von den Befragten selbstberichtete allgemeine Gesundheitszustand wird von 87.2% bzw. 53.9% als mindestens 'gut' bezeichnet (vgl. Abbildung 12). Der Mittelwert für den Gesundheitszustand beträgt 2.80 (SD: 0.72).

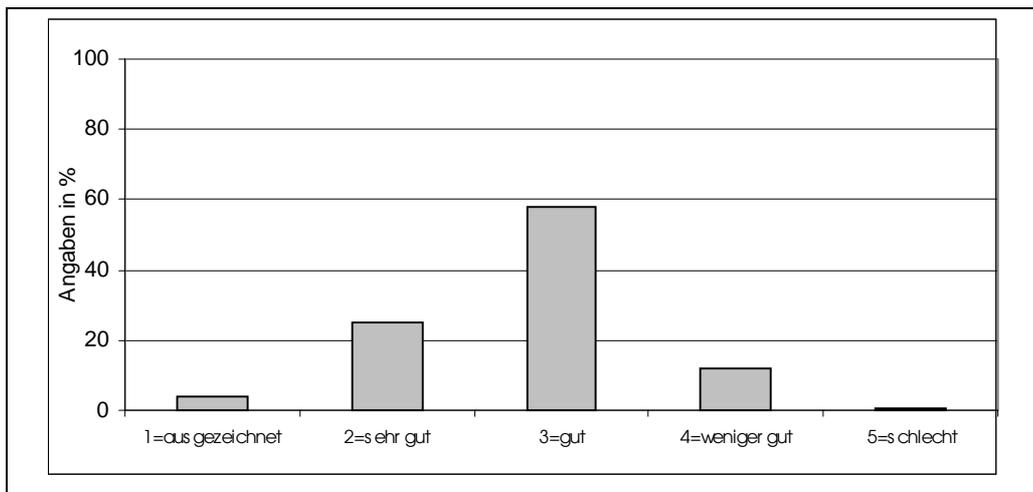


Abbildung 12 Gesundheitszustand (Häufigkeitsverteilung in %) - Studie A

Psychische Befindlichkeit

Die psychische Befindlichkeit wurde mit der deutschen Version des „Profile of Mood States“ (Kohlmann et al., 1997) erfasst und bereits ausführlich in Kapitel 2.3 beschrieben. Ergänzt wurde die Erhebung der psychischen Befindlichkeit durch die Subskala „Psychisches Wohlbefinden“²¹ des SF-36 Health Surveys (Bullinger & Kirchberger, 1998). Die Internen Konsistenzen der POMS Skalen wurden bereits berichtet – die der Skala „Psychisches Wohlbefinden“ lag bei 0.66, somit unter den für die deutsche Normstichprobe erzielten Wert von 0.80 (Bullinger & Kirchberger, 1998).

In der Untersuchung wurden als **psychische** Indikatoren der Arbeitnehmer die POMS-Dimensionen Tatendrang (mean: 2.50; SD: 0.75), Müdigkeit (mean: 1.59; SD: 0.66), Missmut (mean: 1.24; SD: 0.45), Benommenheit (mean: 1.24; SD: 0.46) und

²¹ Es handelt sich hier um die Items 13, 15, 28, 29 und 30 im Abschnitt BEFINDEN I in dem im Anhang dargestellten Fragebogen der ProKlimA-Untersuchung.

‘psychisches Wohlbefinden’ (SF-36: Verstimmungen) (mean: 2.10; SD: 0.51) erhoben. Nach Abbildung 13 äußerten die Befragten (range 1-5) durchschnittlich gehäuft ‘Tatendrang’ und ‘Verstimmungen’.

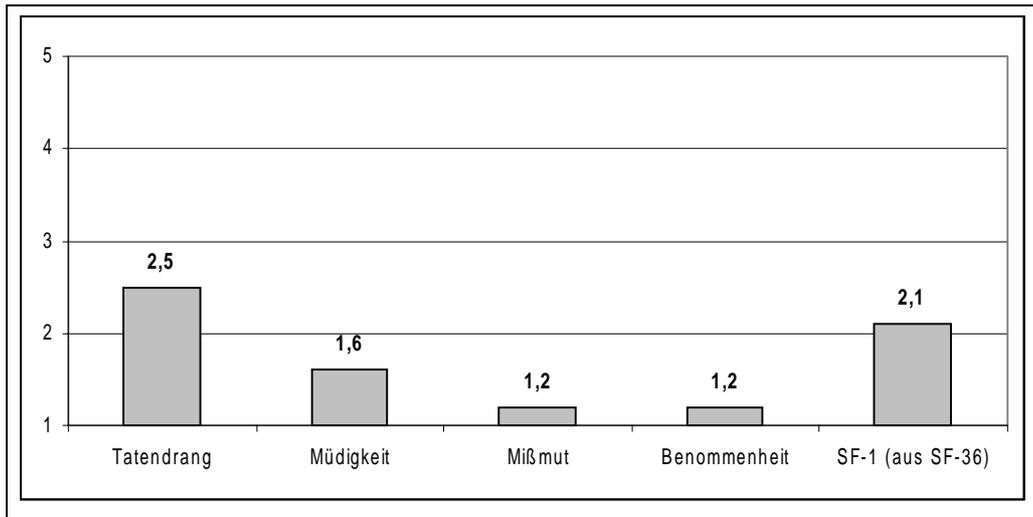


Abbildung 13 Psychische Indikatoren (POMS Subskalen) der Befindlichkeit (Mittelwerte) - Studie A

Beschwerdelast

Der eher körperlich orientierte selbstberichtete Gesundheitszustand der Befragten wurde durch die Beschwerdeliste nach von Zerssen ermittelt. Nach Abbildung 14 wurden am häufigsten die drei folgenden Beschwerden genannt:

- ‘Kreuz- oder Rückenschmerzen’ (53.2 %)
- ‘Nacken- und Schulterschmerzen’ (49.5 %)
- ‘übermäßiges Schlafbedürfnis’ (32.9 %)

Insgesamt ergibt sich - bezogen auf 24 Beschwerdeaspekte - ein Mittelwert von 0.67 (SD : 0.45; median : 0.58; range: 0-3), d. h. dass eine **durchschnittlich** relativ **geringe** Beschwerdehäufigkeit besteht, einzelne Beschwerdemuster jedoch durchaus **ausgeprägter als andere** sind.

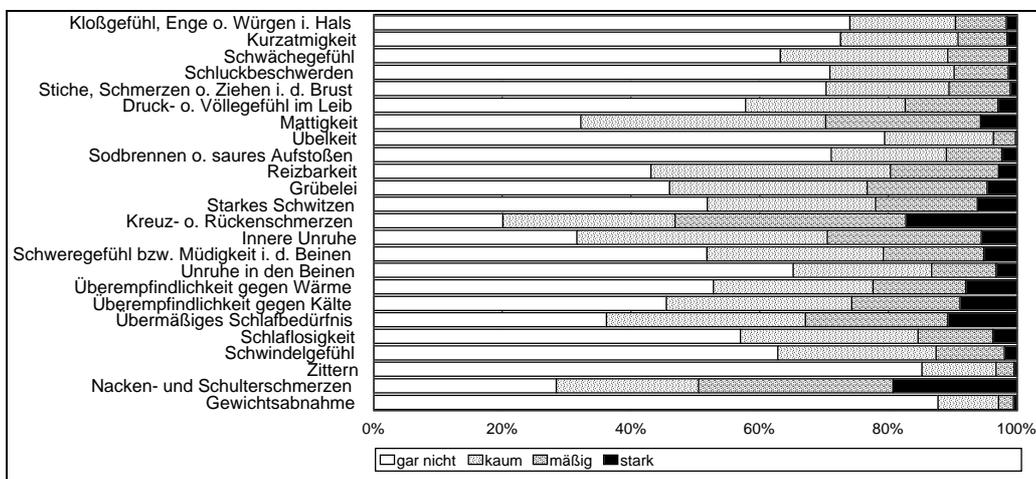


Abbildung 14 Beschwerden (Häufigkeitsverteilung) - Studie A

Der Gesundheitszustand der Probanden wird zusätzlich mit der Frage nach dem Vorliegen von 15 vorgegebenen und – als zusätzliche offene Frage – sonstigen Krankheiten erhoben. Die Prävalenz selbstberichteter Erkrankungen ist mit einem Median von 1 bei 16 vorgegebenen Erkrankungen **insgesamt** betrachtet eher gering (mean 1.55, SD 1.90). Nach Abbildung 15 waren die vier am häufigsten genannten Erkrankungen:

- 'Kreislaufstörungen' (24.2%)
- 'Heuschnupfen' (19.2%)

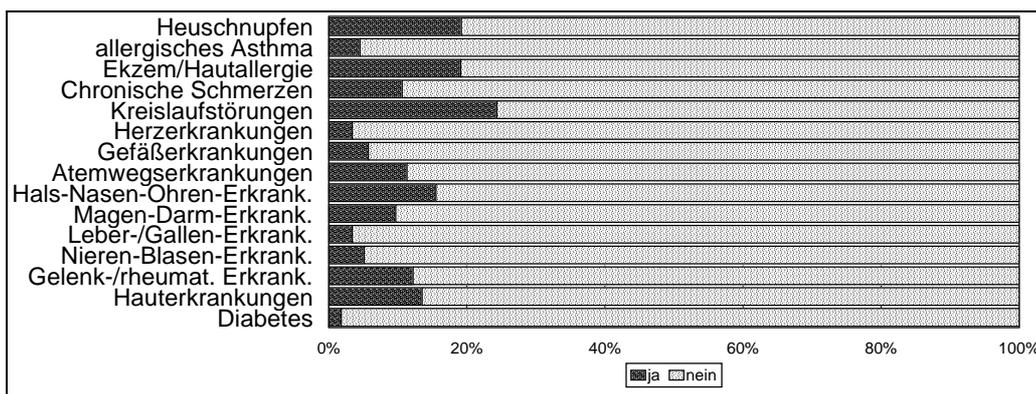


Abbildung 15 Erkrankungen (Häufigkeitsverteilung) - Studie A

Die folgende Tabelle 18 fasst sämtliche Dimensionen, die der Mikro-Ebene von subjektiver Gesundheit, Befindlichkeit und Beschwerden zugeordnet wurden, zusammen.

Tabelle 18 Übersicht deskriptiver Ergebnisse der Dimensionen der Mikro-Ebene - Studie A

| Instrument | Mittelwert | Standardabweichung | Median | Range | N |
|-----------------------------|------------|--------------------|--------|----------|------|
| Subjektive Gesundheit | 2.8 | 0.72 | 3 | [1;5] | 4509 |
| POMS - Müdigkeit | 1.59 | 0.66 | 1.43 | [1;5] | 4404 |
| POMS - Tatendrang | 2.5 | 0.75 | 2.57 | [1;5] | 4379 |
| POMS - Missmut | 1.24 | 0.45 | 1 | [1;5] | 4380 |
| POMS - Benommenheit | 1.24 | 0.46 | 1 | [1;5] | 4389 |
| SF1 (aus SF-36) | 2.1 | 0.51 | 2 | [1;5] | 4448 |
| Beschwerdelast (v. Zerssen) | 0.67 | 0.45 | 0.58 | [0;2.63] | 4398 |

Zusammenfassung

Hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes („Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“) zeigt sich, dass die Befragten ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bis „gut“ bezeichnen (Mittelwert 2.8) (vgl. Abbildung 12). Ähnliches kann auch für die Subskalen des POMS berichtet werden: Müdigkeit, Benommenheit und Missmut sind eher im unteren Bereich der Skala ausgeprägt, was auf wenig Einschränkungen in Befindlichkeitskriterien hinweist. Auch die Skala Tatendrang weist in ihrer Ausprägung nicht auf einen eingeschränkten Befindlichkeitszustand hin. Der Wert ist hier gesondert zu interpretieren, da dies die Subskala des POMS ist, bei der ein niedriger Wert mit einer negativen Ausprägung assoziiert ist. Auch die Skala „Mental Health“ aus dem SF-36, die mit allgemeinem psychischen Wohlbefinden umschrieben wird, weist mit einem Mittelwert von 2.1 auf eine eher ausgeglichene mentale Befindlichkeit hin. Insgesamt berichten die befragten Büroangestellten von einer eher im unteren Bereich liegenden Beschwerdelast. Deutlich wird dies auch daran, dass der mögliche Antwortbereich von 3 mit einem Maximum von 2.63 nicht voll ausgeschöpft wird.

Die im Rahmen der Stichprobenbeschreibung vorgestellten deskriptiven Ergebnisse zeigen das vielfältige Datenmaterial, das im Rahmen der ProKlimA-Untersuchung erhoben wurde. Dabei wurde auf die Darstellung des Ergebnisteils verzichtet, der die eher innenraumklimatische Seite darstellt. Diese Ergebnisse finden sich in vielfältigen Publikationen der Projektgruppe (vgl. Bischof et al., 1997; Bullinger, 1996; Bullinger, Morfeld & Mackensen, 1997, 1998).

3.2.4 Multivariate Einflussprüfung – Studie A²²

Nach eingehender Prüfung der Instrumente und der Frage, ob in dem homogenen Klientel von Büroangestellten ausreichend Varianz auf der Ebene sozialer Ungleichheit erwartet werden kann, wurde geprüft, inwiefern die Instrumente, die in der ProKlimA-Untersuchung eingesetzt wurden, den Modellen Steinkamps und Knesebecks (vgl. Kapitel 2.4.4) sowie den darin enthaltenen Ebenen zugeordnet werden können. Diesen Annäherungsversuch soll die folgende Abbildung 16 nachzeichnen, die dem Modell Steinkamps (vgl. Abbildung 5) nachempfunden wurde:

²² Im Eingangstext unter 3 Empirischer Teil findet sich eine ausführliche Einführung in die Logik der folgenden Auswertungsschritte.

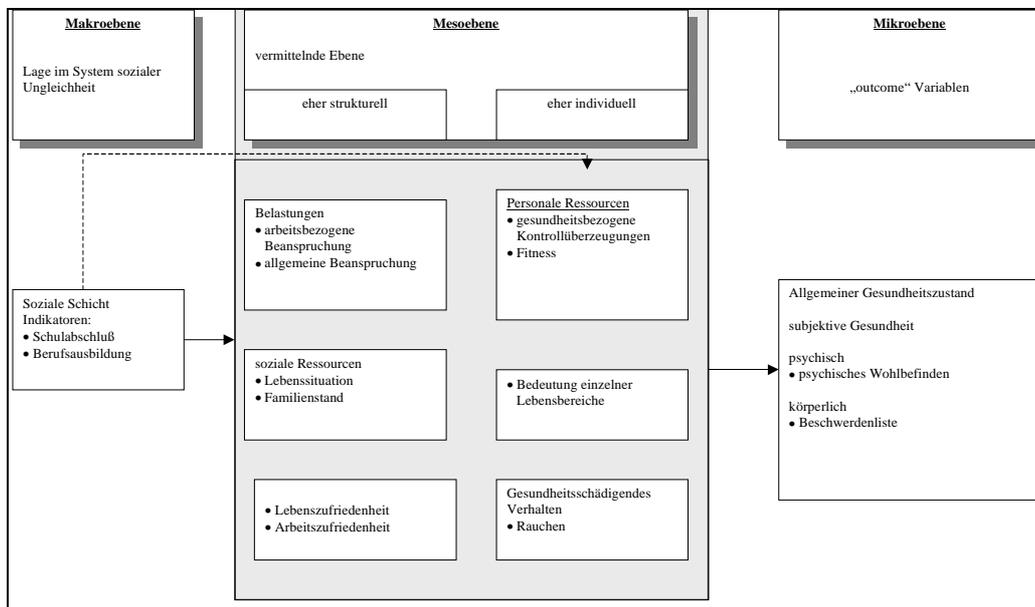


Abbildung 16 Steinkamp nachempfundenes Abhängigkeitsgeflecht der ProKlimA-Untersuchung

Es zeigt sich, dass eine Reihe von empirischen und theoretischen Konzeptionen, wie sie sich bei Steinkamp und bei Knesebeck finden, verzichtet werden muss. Trotzdem erschien die Anwendung der im Rahmen der ProKlimA-Untersuchung erhobenen Daten auf die neue Fragestellung möglich, zumal es sich hier um ein Klientel handelt, wenn es auch keine Referenzpopulation darstellt, die einen erheblichen Teil der erwerbstätigen bundesdeutschen Bevölkerung abbildet (Voß & Dombrowski, 1998). Hervorzuheben bleibt an dieser Stelle zudem, dass es sich unter einer einfachen Annahme um eine gesundheitlich wenig beeinträchtigte Stichprobe handelt, die während der regulären Arbeitszeit direkt am Arbeitsplatz befragt wurde.

Anders als bei Knesebeck (vgl. Kapitel 2.4.4.2) wird hier die Mikro-Ebene der Befindlichkeit nicht außerhalb des Modells gestellt, sondern aufgenommen. Ähnlich verhält es sich mit der Differenzierung von internen und externen Belastungen und Ressourcen. Für die ProKlimA-Untersuchung war es von Bedeutung, auch Aspekte der Arbeitswelt mit aufzunehmen. Die gemeinsame Betrachtung von situativen Aspekten wie die Arbeitsumgebung und deren spezifische Umstände sowie die Betrachtung personaler Bedingungen wie Kontrollüberzeugungen sowie die Bedeutung einzelner Lebensbereiche ließen eine vorläufige Trennung im Modell in eher strukturelle und eher individuelle Ebenen günstig erscheinen. Im theoretischen Teil wurden hierzu bereits eine ganze Reihe Annahmen formuliert, die diese Differenzierung naheliegend er-

schiene ließen. Dort wurde begründet, dass es die Settings Arbeit und Familie sind, in denen gesundheitsförderliche bzw. -abträgliche Ressourcen und Belastungen erzeugt bzw. aufrechterhalten werden.

Zudem hängt dies mit der nicht einfachen spezifischen Zuweisung zu belastenden und förderlichen Aspekten in der ProKlimA-Untersuchung zusammen. Um dies zu verdeutlichen, wird im Folgenden untersucht, welche Bedeutung die dargestellten strukturellen und individuellen Elemente der Meso-Ebene (vgl. Abbildung 16) zueinander für die Mikro-Ebene haben.

Makro-Ebene sozialer Ungleichheit

Schulabschluss und Berufsausbildung

Der Großteil der Angestellten hat die Bildungskombination Volks-, Hauptschulabschluss/mit Fachschule, Ingenieurschule oder Realschule, Mittlere Reife o. Fachschulreife/mit Lehre oder Fachschule, Ingenieurschule (n=1707; 39.2%) bzw. Abitur oder andere Bildungsabschlüsse/und Hochschulausbildung (n=1437; 33.0%).

Nicht explizit in Abbildung 16 ausgewiesen finden sich die Variablen Alter und Geschlecht. Der Großteil der einbezogenen Angestellten ist weiblich (n=2517; 55.7%). Das Alter wurde klassiert erhoben und liegt im Mittel zwischen 31 und 40 Jahren (n=1422; 31.5%).

Meso-Ebene psychosozialer Kontexte

Im folgenden kurzen Abschnitt wird lediglich noch auf Dimensionen und Variablen eingegangen, die weiter oben noch nicht differenziert betrachtet wurden.

Familienstand und Lebenssituation

Da soziale Unterstützung nicht direkt als Instrument in die Erhebung mit aufgenommen wurde, wird hier die Annahme formuliert, dass das prinzipielle Vorhandensein einer Bezugsperson möglicherweise Aufschluss über soziale Unterstützung geben kann. Deutlich ist aber, dass hier lediglich von einer Quantität sozialer Unterstützung gesprochen werden kann – qualitative Aspekte sind nicht operationalisierbar. Dieser Aspekt wurde in der ProKlimA-Untersuchung durch die Variablen Familienstand und Lebenssituation abgebildet. In Vorbereitung der Analyse eher struktureller Belastungen und Ressourcen, zu denen hier auch der Familienstand bzw. die Lebenssituation

hinzugezählt wurden, werden die einzelnen Familienstände in Dummies aufgelöst, um den Einzelbeitrag jedes Familienstandes darzustellen²³.

Gesundheitsförderliches und –abträgliches Verhalten

In der ProKlimA-Untersuchung wurde erhoben, wie die Arbeitnehmer/Innen ihre momentane sportliche Fitness beschreiben würden. Zusätzlich ist nach dem gegenwärtigen Raucherstatus gefragt worden.

Strukturelle und individuelle Dimensionen auf der Meso-Ebene

Im nun folgenden Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, ob es empirisch gerechtfertigt ist, die Auftrennung zwischen struktureller und individueller Ebene, wie sie in der Abbildung 16 dargestellt wurde, vorzunehmen. Dabei werden in einem ersten Analyseschritt einfache Korrelationen berechnet und übersichtsartig dargestellt. Erwartet wird dabei, dass die der individuellen Ebene zugeordneten Dimensionen nicht oder nur wenig mit denen der auf der strukturellen Ebene verorteten Dimensionen zusammenhängen (vgl. Tabelle 19).

Aufgrund der geringen Häufigkeit der Personen, die angaben in einer WG zu leben (n=59), wurde diese Kategorie mit den Personen zusammengefasst, die in Partnerschaft/Familie leben.

Die folgende Tabelle 19 verdeutlicht aufbauend auf der Abbildung 16 die Zuweisung der einzelnen Indikatoren zu den Dimensionen.

²³ Die weitere Verrechnung nominaler Merkmale wie beispielsweise hier Familienstand oder Lebenssituation ist statistisch schwierig. Von daher wird jede einzelne Merkmalsausprägung in eine separate Variable mit 0/1-Codierung aufgelöst, die eine Weiterverarbeitung gleich einer metrischen Variable erlaubt (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 479f.).

Tabelle 19 Einzeldimensionen und ihre Zuordnung zu individuellen und strukturellen Belastung bzw. Ressourcen - Studie A

| | Belastend vs. Unterstützend | Individuell vs. Strukturell | 7 Zielkriterien |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Alter | | | vier Subskalen des POMS (Tatendrag, Benommenheit, Missmut, Müdigkeit), Subskala SF-1 (Mental Health), Einzelitem Allgemeiner Gesundheitszustand, Beschwerdelast |
| Geschlecht | | | |
| Vitale Erschöpfung | Belastung | Strukturell | |
| Familienstand ledig | Belastung | Strukturell | |
| Familiäre Belastung (geschieden, getrennt, verwitwet) | Belastung | Strukturell | |
| Arbeitsbelastung | Belastung | Strukturell | |
| Monotonie Arbeit | Belastung | Strukturell | |
| Externale Kontrollüberzeugung | Belastung | Individuell | |
| Krankheiten | Belastung | Individuell | |
| Gesundheitsschädigendes Verhalten (Rauchen) | Belastung | Individuell | |
| Arbeitszufriedenheit | Ressource | Strukturell | |
| Lebenszufriedenheit | Ressource | Strukturell | |
| Lebenssituation nicht allein | Ressource | Strukturell | |
| Familienstand verheiratet | Ressource | Strukturell | |
| Internale Kontrollüberzeugung | Ressource | Individuell | |
| Gesundheitsverhalten (Fitness) | Ressource | Individuell | |

Im Folgenden wird geprüft, von welchen Zusammenhängen auf den Ebenen der strukturellen bzw. individuellen Belastungen sowie Ressourcen auszugehen ist (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20 Übersicht möglicher Zusammenhänge zwischen strukturellen und individuellen Ressourcen und Belastungen

| | | Individuelle Ressourcen | | Individuelle Belastungen | | |
|--------------------------|---|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|---------|
| | | Internale Kontrollüberzeugung | Fitness gut | Externale Kontrollüberzeugung | Krankheiten | Raucher |
| Strukturelle Ressourcen | Arbeitszufriedenheit | .09 | .11 | -.05 | -.08 | n.s. |
| | Arbeitsbelastung | -.04 | -.22 | .03 | .12 | -.01 |
| | Lebenszufriedenheit | .10 | .29 | -.07 | -.13 | n.s. |
| | Familienstand verheiratet | n.s. | n.s. | -.05 | n.s. | -.08 |
| | Lebenssituation nicht allein | n.s. | n.s. | -.05 | n.s. | n.s. |
| Strukturelle Belastungen | Allgemeine Belastung | -.09 | -.22 | .12 | .14 | .02 |
| | Arbeitsmonotonie | -.07 | -.13 | .05 | .10 | n.s. |
| | Familienstand ledig | n.s. | .04 | .04 | n.s. | n.s. |
| | Familiäre Belastung (geschieden, getrennt, verwitwet) | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | .06 |

Erläuterung zu Tabelle 20: Alle dargestellten Korrelationen sind zum Niveau $p \leq .05$ signifikant und auf die Merkmale Alter und Geschlecht kontrolliert.

Wie aus Tabelle 20 ersichtlich wird, sind es vor allem die Dimensionen „Vorhandensein von Krankheiten“ (0=keine Krankheit; 1=eine und mehr Krankheiten) und der selbstberichtete Fitnesszustand, die zum Teil Zusammenhänge mit Dimensionen der strukturellen Belastung und Ressourcen zeigen, die eine Unabhängigkeit nicht nahe legen. Die Lebenssituation (allein vs. zusammen) korreliert dabei nicht mit persönlichen Merkmalen wie internaler und externaler Kontrollüberzeugung. Gleiche Ergebnislage stellt sich für alle einzeln eingebrachten Familienstände dar, die ebenfalls nicht mit persönlichen Merkmalen korrelieren.

Die gewichtete Lebenszufriedenheit korreliert schwach positiv ($r=.10$; $p \leq .001$) mit der internalen Kontrollüberzeugung – und nur schwach negativ mit externaler Kontrollüberzeugung. Weiter zeigt sich ein signifikant positiver Zusammenhang der Lebenszu-

friedenheit mit der eigenen Fitnessseinschätzung ($r=.29$; $p \leq .001$). Bei der Prüfung, welche Faktoren der Lebenszufriedenheit besonders für die nur schwache Korrelation mit der internalen Kontrollüberzeugung einen Beitrag leisten, zeigt sich, dass vor allem die Bewertungen von Gesundheit, Einkommen und Beruf/Arbeit hier zu nennen sind. Dies weist auch auf eine relativ hohe – hier nicht dargestellte – Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und Lebenszufriedenheit hin ($r=.50$; $p \leq .001$) – Lebenszufriedenheit scheint zu einem Großteil durch die Befragten mit Aspekten der Arbeits- und Berufswelt erklärt zu werden. Die gefundenen bzw. nicht gefundenen Zusammenhänge weisen darauf hin, dass die oben formulierte Annahme, eine Trennung zwischen strukturellen und eher individuellen Merkmalen vorzunehmen, berechtigt erscheint.

Einzelprüfungen der Einflüsse durch Regressionsanalysen

Im Folgenden werden in Anlehnung an Knesebeck schrittweise Regressionen gerechnet, die sich auf folgende Vier-Feldertafel bezieht (vgl. Tabelle 21):

Tabelle 21 Kombination unabhängiger Variablen- und Skalenkomplexe

| | Individuelle | Strukturelle |
|-------------|---|--|
| Ressourcen | Internale Kontrollüberzeugung Gesundheitsverhalten (Fitness) | Arbeitszufriedenheit Lebenszufriedenheit Lebenssituation nicht allein Familienstand verheiratet |
| Belastungen | Externale Kontrollüberzeugung Krankheiten Gesundheitsschädigendes Verhalten (Rauchen) | Vitale Erschöpfung Familienstand ledig Familiäre Belastung (geschieden, getrennt, verwitwet) Arbeitsbelastung Monotonie Arbeit |

Die erste Auswertung umfasst vier Schritte gemäß Tabelle 21, die sich an die Auswertungen von Knesebeck anlehnen (vgl. Kapitel 2.4.4.2). Abweichend werden die internen Ressourcen jedoch hier individuelle Ressourcen genannt, da diese Terminologie eine bessere Abgrenzung zum hier untersuchten Arbeitskontext darstellt. Weiterhin

besteht jede Analyse aus sieben bzw. acht einzelnen Auswertungen, da in der ProKlimA-Untersuchung neben dem Zielkriterium "Allgemeiner Gesundheitszustand" auch vier Subskalen des POMS und eine des SF-36 – hier Mental Health (SF-1) – sowie die Beschwerdelast zur Verfügung standen.

Da ein Ziel der Analysen auch darin besteht, eine Reproduktion bzw. zumindest eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen von Knesebeck zu gewährleisten, beginnt jede Analyse mit dem Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand. Um diesen Vergleich zu vereinfachen, wird eine Übersicht der Verteilung der beiden Variablen vorangestellt. Deutlich wird dabei, dass jenes Plädoyer aus dem ersten Teil der Arbeit, möglichst auf vielen Gebieten, in denen Standard-Fragebögen eingesetzt werden, zu einer Harmonisierung zu gelangen, auch im hier vorgestellten Methodenvergleich seine Berechtigung findet. Obwohl die gleiche Frage vorgelegt wurde, sind unterschiedliche, zumindest nicht gleichlautende Antwortkategorien damit verbunden worden. Während bei Knesebeck je zwei Kategorien auf positiv und negativ zu beurteilenden Gesundheitszustand und eine neutrale Kategorie *zufriedenstellend* vorgelegt wurde, liegt die Tendenz im ProKlimA-Fragebogen eher auf einer Betonung guter Gesundheitszustände. Eine neutrale Kategorie gibt es hier nicht.

Tabelle 22 Gegenüberstellung der Verteilungen "Allgemeiner Gesundheitszustand"

| von dem Knesebeck | | | ProKlimA | | | | |
|-------------------|------|--------|-------------------|---------------|------|------|--------|
| n | % | Kum. % | Antwortvorgabe | | n | % | Kum. % |
| 32 | 7.4 | 7.4 | Schlecht | Schlecht | 35 | .8 | .8 |
| 63 | 14.5 | 21.9 | Nicht so gut | Weniger gut | 540 | 12.0 | 12.8 |
| 160 | 37.0 | 58.9 | Zufriedenstellend | Gut | 2622 | 58.2 | 70.9 |
| 139 | 32.1 | 91.0 | Gut | Sehr Gut | 1134 | 25.1 | 96.1 |
| 39 | 9.0 | 100.0 | Sehr gut | Ausgezeichnet | 178 | 3.9 | 100.0 |

Als weiteres Zielkriterium wird die Beschwerdeliste aufgenommen, die die Betonung auf die körperliche Gesundheit im Selbstbericht legt.

Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand

Bildung, Individuelle Ressourcen und Allgemeiner Gesundheitszustand

Tabelle 23 zeigt die Ergebnisse einer schrittweisen Regressionsanalyse. Zielkriterium ist der allgemeine Gesundheitszustand. Dargestellt werden ausschließlich die standardisierten beta-Koeffizienten²⁴, da fast alle Regressionskoeffizienten aufgrund der hohen Fallzahl signifikant sind (kleinstes n=4330 für die Variable Allgemeiner Gesundheitszustand). Dieser Koeffizient gibt Aufschluss über die relative Bedeutung einer Variablen innerhalb einer Regressionsanalyse gegenüber den anderen Modellvariablen. In der letzten Zeile ist die Varianzaufklärung für das entsprechende Zielkriterium in % dargestellt.

Tabelle 23 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Ressourcen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
| Männl. Geschlecht | .135 | .093 | .029 |
| Alter | -.192 | -.168 | -.129 |
| Bildung | | .136 | .104 |
| Fitness gut | | | .387 |
| Internale Kontrollüberzeugung | | | .100 |
| R ² | .043 | .059 | .224 |

Zusammenfassende Beschreibung

Da die hier in Anlehnung an Knesebeck gewählte Darstellung in erster Linie der Prüfung der Richtung der Koeffizienten, der relativen Bedeutung der Variablen untereinander und der Darstellung der in den einzelnen Modellen erzielten Varianzaufklärung dienen soll, wird dieser Vorgehensweise gefolgt und die einzelnen Modelle erläutert (vgl. Kapitel 2.4.4.2). Weiter ist es von Bedeutung zu prüfen, ob die gewählte Zuordnung gemäß Tabelle 21 sinnvoll erscheint.

Wie in Tabelle 23 ersichtlich, kommt es im ersten Schritt der Analyse zu einer erwartungsgemäßen Ausrichtung (Vorzeichen) der Koeffizienten. Männliches Geschlecht

²⁴ Der standardisierte beta-Koeffizient gibt an, um wie viel Standardabweichungen sich die abhängige Variable im Mittel verändert, falls die unabhängige Variable um eine Standardabweichung verändert wird, wobei die anderen unabhängigen Variablen konstant gehalten werden. Die Standardisierung ermöglicht es, die Effekte von Variablen zu vergleichen, die in unterschiedlichen Einheiten gemessen wurden.

und Alter erklären gemeinsam ca. 4% der Varianz des allgemeinen Gesundheitszustandes. Auch die Richtung der Koeffizienten war so zu erwarten: Männer berichten durchgängig einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand als Frauen und die negative Beziehung des Alters zum allgemeinen Gesundheitszustand weist auf einen schlechteren Gesundheitszustand älterer Angestellter hin – dies war so nicht erwartet, da die Varianz in der Altersverteilung der Angestellten nicht sehr groß ist und die Konzentration hier eher auf jungen bis mittelalten Altersklassen liegt (54.4% bis 50 Jahre; vgl. Tabelle 13).

Durch die Aufnahme der Variable Bildung – hier ist zur Abbildung der sozialen Ungleichheit der Rückgriff lediglich auf diese kombinierte Einzelmessung möglich gewesen (vgl. Tabelle 15), Knesebeck hat hier die Dimensionen Prestige, Haushaltseinkommen und Bildung zugrunde gelegt (Knesebeck, 1998) – kann die Varianzaufklärung um ca. 1.5% gesteigert werden. Die Richtung des Koeffizienten weist darauf hin, dass Angestellte mit höherem Bildungsniveau einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand berichten. Die gezeigte Richtung von Alter und Geschlecht bleibt erhalten, verliert jedoch erwartungsgemäß an Bedeutung. Im letzten Schritt zur Einflussprüfung der individuellen Ressourcen werden zusätzlich die Variablen selbstberichteter Fitnesszustand und die internale Kontrollüberzeugung aufgenommen. Dadurch kommt es zu einem erheblichen Anstieg der Varianzaufklärung, die auf 22.4% ansteigt. Es ist der Beitrag der Fitness – hier angenommen als Maß eigener körperlicher Bewegung und Bewältigung täglicher Lebensaufgaben – der mit einem std. β von .39 den stärksten Beitrag darstellt.

Bildung, Strukturelle Ressourcen und Allgemeiner Gesundheitszustand

Tabelle 24 zeigt die in Fortführung der Modellprüfung erzielten Ergebnisse mit den Variablen, die gemäß dem Modell als strukturelle Ressourcen bezeichnet werden. Hier werden neben Alter, Geschlecht und Bildung die Variablen Arbeits- und Lebenszufriedenheit in einem dritten, und in einem vierten Schritt die Variablen "Familienstand verheiratet" und "Lebenssituation nicht allein" aufgenommen. Diese beiden Variablen werden hier als strukturelle Ressourcen sozialer Unterstützung gedeutet. Aufgrund der Ergebnisse der oben dargestellten Korrelationen (vgl. Tabelle 20) ergab sich der Hinweis, dass Lebenszufriedenheit keinesfalls mit Aspekten sozialer Unterstützung gleichgesetzt werden kann. Ein explizites Maß sozialer Unterstützung ist nicht erhoben worden.

Tabelle 24 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturellen Ressourcen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt | 4. Schritt |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Männlich | .135 | .093 | .118 | .124 |
| Alter | -.192 | -.168 | -.187 | -.170 |
| Bildung | | .136 | .144 | .146 |
| Arbeitszufriedenheit | | | .084 | .080 |
| Lebenszufriedenheit | | | .326 | .338 |
| Familienstand verheiratet | | | | -.044 |
| Lebenssituation nicht allein | | | | -.018 |
| R ² | .042 | .059 | .199 | .201 |

Zusammenfassende Beschreibung

Wie sich im dritten Schritt der Analyse zeigt (vgl. Tabelle 24), ist es die Lebenszufriedenheit, die einen protektiven Beitrag zur Erklärung des allgemeinen Gesundheitszustandes liefert. Insgesamt wird durch dieses Modell ca. 20% der Varianz aufgeklärt. Darauf hinzuweisen bleibt hier noch, dass durch die Hinzunahme von Arbeits- und Lebenszufriedenheit der Beitrag von männlichem Geschlecht, Alter und Bildung ansteigt und von einer Abhängigkeit dieser Variablen auszugehen ist.

Wird in einem weiteren Schritt der verheiratete Familienstand und die Lebenssituation mit aufgenommen, so ergibt sich kein nennenswerter Beitrag, sowohl in den einzelnen Variablen wie auch in der Veränderung der Gesamtvarianz. Zusätzlich erscheint der negative Einfluss nur schwer interpretierbar – dies würde in Konsequenz bedeuten, dass der *verheiratete Familienstand*, interpretiert als strukturelle Ressource, und das *nicht allein leben* einen negativen Einfluss auf den *Allgemeinen Gesundheitszustand* haben.

Eine weitere Prüfung (hier nicht dargestellt), in der in Schritt 3 die hier als strukturelle familiäre Ressourcen bzw. soziale Unterstützung interpretierten Dimensionen "Familienstand verheiratet" und "Lebenssituation nicht allein" anstelle der strukturellen arbeitsbezogenen Variablen aufgenommen wurden, veränderte den Einfluss nicht und verstärkte den Eindruck eines nur schwachen Zusammenhangs zwischen familiärer Lebenssituation – hier angenommen als supportive Leistung durch die Familie bzw. Partner – und dem allgemeinen Gesundheitszustand.

Bildung , Individuelle Belastungen und Allgemeiner Gesundheitszustand

Für die Abbildung individueller Belastungen in einem Modell zur Erklärung des Allgemeinen Gesundheitszustandes wurden als individuelle Belastungen auf Personenebene die Summe der Krankheiten, die externale Kontrollüberzeugung sowie die Selbstantgabe, ob die befragte Person Raucher ist, mit aufgenommen.

Um einer Überschätzung bei der teilweise nicht nachvollziehbaren Angabe zu Häufigkeit und Art der Erkrankungen entgegen zu treten, wurde die Variable "Summe der Krankheiten" dichotomisiert (0=keine der vorgelegten Krankheiten; 1=eine und mehr Krankheiten) und so in die Modellrechnung mit aufgenommen.

Tabelle 25 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Belastungen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
| Männl. Geschlecht | .135 | .093 | .064 |
| Alter | -.192 | -.168 | -.145 |
| Bildung | | .136 | .099 |
| Summe Krankheiten | | | -.247 |
| Externale Kontrollüberzeugung | | | -.100 |
| Raucher | | | -.053 |
| R ² | .043 | .059 | .133 |

Zusammenfassende Beschreibung

Neben den bereits bekannten Ergebnissen zu männlichem Geschlecht, Alter und Bildung (vgl. Tabelle 25) zeigt sich, dass das Vorhandensein einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen einen erwartungsgemäßen negativen Beitrag zur Erklärung des allgemeinen Gesundheitszustandes liefert. Auch die erwartete Richtung der externen Kontrollüberzeugung und des Raucherstatus weisen in die erwartete negative Richtung. Insgesamt erklärt dieses Modell 13.3% der Varianz des allgemeinen Gesundheitszustandes.

Eine hier nicht dargestellte Modellrechnung, in der geprüft wurde, ob es unter Umständen spezifische Arbeitsplatzfaktoren wie das häufige Verlassen des Arbeitsplatzes oder der hohe Anteil von Bildschirmarbeit sind, die einen spezifischen Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand ausüben, ergab keine Hinweise auf die Möglichkeit weiterer Erklärungen von kausalen Zusammenhängen.

Bildung, Strukturelle Belastungen und Allgemeiner Gesundheitszustand

In Tabelle 26 wird ein Modell geprüft, das Aufschluss über vermutete kausale Zusammenhänge zwischen hier strukturell genannten Aspekten der Belastung und der allgemeinen Gesundheit geben kann. Als belastende Variablen, getrennt für die Settings Arbeit und Familie bzw. Leben außerhalb des Arbeitsplatzes – hier wurde nach Aspekten wie allgemeiner Lustlosigkeit, allgemeiner Selbstzufriedenheit sowie Zukunftsängsten gefragt – wurden die arbeitsbezogene und die allgemeine Beanspruchung (berufliche und vitale Erschöpfung) einbezogen. Auch hier sollte geprüft werden, ob ein Familienstand wie ledig bzw. verwitwet, geschieden und getrennt lebend als Maß sozialer Unterstützung einen Einfluss auf die allgemeine Gesundheit haben kann.

Tabelle 26 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturelle Belastungen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|--|------------|------------|------------|
| Männlich | .135 | .093 | .057 |
| Alter | -.192 | -.168 | -.143 |
| Bildung | | .136 | .130 |
| Arbeitsbezogene Beanspruchung | | | -.094 |
| Allgemeine Beanspruchung | | | -.269 |
| Familienstand ledig | | | -.004 |
| Familienstand verwitwet, geschieden, getrennt lebend | | | .022 |
| R ² | .043 | .059 | .171 |

Zusammenfassende Beschreibung

Es zeigt sich (vgl. Tabelle 26), dass neben dem in etwa gleich hoch bleibenden Beitrag von männlichem Geschlecht und Bildung die allgemeine Beanspruchung (vitale Erschöpfung) einen wesentlichen Einfluss auf die allgemeine Gesundheit ausübt. Insgesamt wird durch dieses Modell etwa 17% der Gesamtvarianz erklärt. Auch hier kann die Annahme, dass möglicherweise der Familienstand ein Indikator für soziale Unterstützung bzw. für dessen Fehlen sein kann, nicht gestützt werden.

Zielkriterien Subskalen POMS und Mental Health (SF-1)

Im folgenden Abschnitt wird zusammenfassend die gleiche Vorgehensweise wie im abgeschlossenen Beitrag zum Zielkriterium "Allgemeiner Gesundheitszustand" gewählt und für die Subskalen des POMS sowie für die Subskala Mental Health des SF-

36 durchgeführt. Um die empirischen Analysen nicht zu überfrachten, werden die Ergebnisse tabellarisch zusammengefasst. Die Auswahl folgt nach dem Prinzip, dass nur die Einflussfaktoren dargestellt werden, deren std. $\beta \geq .1$ ist (vgl. Tabelle 28 und die darunter stehende Erläuterung).

Berichtet werden in Tabelle 28 nur Ergebnisse aus dem jeweils letzten dritten Analyseschritt der Regressionsanalyse (vgl. Tabelle 23 bis Tabelle 26). Die Bewertung von Interaktionseffekten ist mit den Ergebnissen in der Tabelle 28 nicht möglich. Um dies zu gewährleisten und einen Vergleich mit den Analysen zum *Allgemeinen Gesundheitszustand* herzustellen, wird folgend eine Übersicht der jeweils im ersten Regressionschritt erzielten Ergebnisse mit den soziodemografischen Variablen (1. Schritt) und dem Bildungsparameter (2. Schritt) gegeben (vgl. Tabelle 27):

Tabelle 27 Gegenüberstellung der ersten beiden Regressionsschritte von POMS-Subskalen und Allgemeinen Gesundheitszustand

| | Tatendrang | | Missmut | | Benommenheit | | Müdigkeit | | Mental Health | | AllGes | |
|----------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|---------------|------------|------------|------------|
| | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt |
| Geschlecht | .172 | .131 | .054 | .062 | .005 | n.s. | -.035 | n.s. | -.055 | n.s. | .135 | .093 |
| Alter | .067 | .091 | -.037 | -.042 | -.071 | -.078 | -.189 | -.206 | .066 | .051 | -.92 | -.168 |
| Bildung | | .134 | | -.026 | | -.043 | | -.098 | | -.082 | | .136 |
| R ² | .039 | .055 | .003 | .003 | .004 | .006 | .04 | .048 | .005 | .011 | .042 | .059 |

Tabelle 27 stellt die Ergebnisse des ersten und zweiten Schrittes der Regressionsanalyse, so wie sie bereits für den *Allgemeinen Gesundheitszustand* durchgeführt wurden, dar. Als Zielkriterien stehen hier jedoch die Subskalen des POMS sowie die Subskala des SF-36 Mental Health im Mittelpunkt und aus Vergleichsgründen der Allgemeine Gesundheitszustand (abgekürzt in Tabelle 27 mit AllGes). Zu beachten ist weiterhin, dass eine Analyse der individuellen und strukturellen Belastungen und Ressourcen nicht mit eingeht. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden hier die beiden soziodemografischen Merkmale Alter und Geschlecht sowie als Maß sozialer Ungleichheit die Variable *Bildung* gegenübergestellt. In der letzten Zeile befindet sich die Varianzaufklärung für jedes einzelnen Zielkriterium sowie für das Modell mit und ohne Bildung. In der Auswertung der Tabellen Tabelle 28 und Tabelle 27 zeigt sich im Vergleich der Subskalen ein sehr heterogenes Bild.

Tabelle 28 Darstellung von Einflussprüfungen auf die Subskalen des POMS und Mental Health (SF-1)

| | Subskalen des Profile of Mood States POMS | | | | SF-1 | |
|-----------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| | Tatendrang | Missmut | Benommenheit | Müdigkeit | Mental Health | AllGes |
| Individuelle Ressourcen | R ² = .103 | R ² = .015 | R ² = .025 | R ² = .076 | R ² = .048 | R ² = .224 |
| | Alter = .107 | | | Alter = -.221 | | vgl. Tabelle 23 |
| | Bildung = .117 | | | | | |
| | Fitness = .191 | | Fitness = -.132 | Fitness = -.158 | Fitness = -.165 | |
| | | | | | | |
| Strukturelle Ressourcen | R ² = .198 | R ² = .097 | R ² = .086 | R ² = .156 | R ² = .205 | R ² = .201 |
| | | | | Alter = -.170 | | vgl. Tabelle 24 |
| | Männl. Geschlecht = .152 | | | | | |
| | Bildung = .152 | | | Bildung = -.101 | | |
| | Lebenszufriedenheit = .272 | Lebenszufriedenheit = -.146 | Lebenszufriedenheit = -.217 | Lebenszufriedenheit = -.249 | Lebenszufriedenheit = -.330 | |
| Arbeitszufriedenheit = .162 | Arbeitszufriedenheit = -.205 | Arbeitszufriedenheit = -.103 | Arbeitszufriedenheit = -.117 | Arbeitszufriedenheit = -.172 | | |
| Individuelle Belastungen | R ² = .069 | R ² = .011 | R ² = .019 | R ² = .069 | R ² = .029 | R ² = .133 |
| | Alter = .108 | | | Alter = -.217 | | vgl. Tabelle 25 |
| | Männl. Geschlecht = .119 | | | | | |
| | Bildung = .119 | | | | Externale Kontrollüberzeugung = .105 | |
| | | | Summe Krankheiten = .101 | Summe Krankheiten = .135 | | |
| | | | | | | |
| Strukturelle Belastungen | R ² = .253 | R ² = .228 | R ² = .215 | R ² = .375 | R ² = .330 | R ² = .171 |
| | | | | Alter = -.159 | | vgl. Tabelle 26 |
| | Männl. Geschlecht = .123 | Männl. Geschlecht = .105 | | | | |
| | Bildung = .126 | | | | | |
| | Allgemeine Beanspruchung = -.108 | Allgemeine Beanspruchung = .181 | Allgemeine Beanspruchung = .237 | Allgemeine Beanspruchung = .213 | Allgemeine Beanspruchung = .270 | |
| | | Arbeitsbeanspruchung = .107 | | Arbeitsbeanspruchung = .115 | | |
| Monotonie = -.380 | Monotonie = .307 | Monotonie = .263 | Monotonie = .371 | Monotonie = .349 | | |

Erläuterungen zur Tabelle 28: Die Spalte AllGes (ganz rechts) bezeichnet die aus der gerade abgeschlossenen Analyse übernommenen Varianzaufklärungspotentiale für das Zielkriterium *Allgemeiner Gesundheitszustand*. In den Feldern wurden aus Gründen der Übersicht lediglich die standardisierten Beta-Koeffizienten dargestellt, die ein Niveau von > +/- .1 angenommen haben. Durch diese wird der relative Beitrag der einzelnen Variablen zu allen anderen im Modell dargestellt. Darauf hinzuweisen ist noch, dass die Variable Tatendrang so gepolt ist, dass höhere Ausprägungen einen besseren Zustand bedeuten – also vermehrten Tatendrang.

Individuelle Ressourcen

Lediglich für die Skalen *Tatendrang* und *Müdigkeit* des POMS stellt eines der soziodemografischen Merkmale einen berichtenswerten Beitrag dar. Allerdings ist die Polung des Koeffizienten für das Alter unterschiedlich – im Gegensatz zum Allgemeinen Gesundheitszustand, bei dem ein höheres Alter mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand zu interpretieren war, bedeutet dies für den *Tatendrang* Umgekehrtes: Ein höheres Alter weist hier auf einen höheren *Tatendrang* hin. Auch zeigt sich wiederum der selbstberichtete Fitnesszustand als bedeutsame Einflussgröße auf den *Tatendrang* (vgl. Tabelle 28). Die internale Kontrollüberzeugung wird im Modell für den *Tatendrang* nicht ausgewiesen. Dabei erreichen die individuellen Ressourcen für die Subskala *Tatendrang* 10.3% und für die Subskala *Müdigkeit* 7.6% Varianzaufklärung.

In der Subskala *Benommenheit* findet lediglich die Fitnesseinschätzung einmal Berücksichtigung. Tabelle 27 verdeutlicht zudem über die hohen negativen std. β Koeffizienten für das Alter, dass ältere Angestellte weniger dazu tendieren von *Müdigkeit* zu berichten. Hier wird für den *Missmut* eine Varianzaufklärung von 1.5% und für die *Müdigkeit* von 7.6% erreicht.

Die Subskala *Mental Health* des SF-36 weist im dritten Schritt lediglich die Fitness als bedeutsame Einflussgröße aus. Alle weiteren Variablen zeigen für diese Abbildung des psychischen Wohlbefindens keinen Einfluss. Die Varianzaufklärung nach dem dritten Analyseschritt beträgt für die Skala *Mental Health* (SF-1) 4.8%.

Strukturelle Ressourcen

Für alle Subskalen des POMS und der Skala *Mental Health* stellen sich Arbeits- und Lebenszufriedenheit als die wesentlichen Einflussgrößen dar. Lediglich für die Skala *Missmut* überwiegt Arbeitszufriedenheit vor dem Einfluss der Lebenszufriedenheit. Von besonderer Bedeutung ist die Interpretation der Vorzeichen. Während hohe Arbeits- und Lebenszufriedenheit auch auf einen höheren *Tatendrang* hinweisen verhält es sich bei *Missmut* und *Benommenheit* anders herum – sind beide hoch ausgeprägt, so sind *Missmut*, *Müdigkeit* und *Benommenheit* niedrig (vgl. Tabelle 28). Von den soziodemografischen Variablen wird der Einfluss des männlichen Geschlechtes für den *Tatendrang* und das Alter für die Skala *Müdigkeit* ausgewiesen. Eine sozial ungleiche Verteilung wird für die Skalen *Tatendrang* – eine höhere Bildung geht mit einem höheren *Tatendrang* einher – und *Müdigkeit* ausgewiesen: je geringer die Bil-

ung desto höher die *Müdigkeit*. Die Varianzaufklärung schwankt hier zwischen 8.6% für die Skala *Benommenheit* und 20.5% für die Skala *Mental Health* (vgl. Tabelle 28).

Individuelle Belastungen

Als individuelle Belastungen sind im dritten Schritt der Regressionsanalyse die externe Kontrollüberzeugung und das Vorhandensein einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen aufgenommen worden. Die soziodemografischen Variablen zeigen nur für die Skala *Tatendrang* einen Einfluss. Hier weisen die Koeffizienten wiederum in die Richtung einer Alters- und Geschlechtsabhängigkeit. Höheres Alter weist auf einen niedrigen *Tatendrang*, ebenso wie männliches Geschlecht. Auch erweist sich der *Tatendrang* wiederum als bildungsabhängig. Eine Altersabhängigkeit zeigt sich wiederum für die Skala *Müdigkeit*, die sich im dritten Analyseschritt neben den chronischen Krankheiten als bedeutsam erwiesen hat. Zudem spielen die chronischen Erkrankungen einzig eine Rolle bei der Erklärung der Skala *Benommenheit* - wenn eine chronische Erkrankung vorliegt, dann berichten die Angestellten vermehrt über *Benommenheit* (vgl. Tabelle 28). Zur Erklärung der Skala *Mental Health* zeigte sich nur die externe Kontrollüberzeugung als bedeutsame Einflussgröße – eine hohe externe Kontrollüberzeugung weist auf eine hohe mentale Verstimmung hin. Die Varianzaufklärung ist als insgesamt sehr niedrig zu bezeichnen und erreicht nur knapp 7% für die Skalen *Tatendrang* und *Müdigkeit* (vgl. Tabelle 28).

Strukturelle Belastungen

Für die Modelle, die ihre Einflussgrößen auf Ebene der strukturellen Belastung bestimmen, ist es die Monotonie der Arbeit und die vitale Erschöpfung (allgemeine Beanspruchung), die einen deutlichen Einfluss auf alle hier untersuchten Skalen zeigen. Die berufliche Erschöpfung (Arbeitsbeanspruchung) erweist sich zusätzlich für die Skalen *Missmut* und *Müdigkeit* dahingehend als bedeutsam, dass eine erhöhte Arbeitsbeanspruchung auf höheren Missmut und Müdigkeit hinweisen. Für die soziodemografischen Variablen ist es lediglich das männliche Geschlecht, das einen Einfluss auf die Skalen *Tatendrang* und *Missmut* ausweist. Ein hohes Alter weist auf eine geringe *Müdigkeit* hin. Die Varianzaufklärung schwankt zwischen 21.5% für die Skala *Benommenheit* und 37.5% für die Skala *Müdigkeit* (vgl. Tabelle 28).

Zielkriterium Beschwerdelast

Die Beschwerdeliste von von Zerssen stellt ein eher körperlich orientiertes Maß dar und steht somit im Vergleich zu den vorher dargestellten Ergebnissen zum Allgemei-

nen Gesundheitszustand und der Befindlichkeit ein weiteres Kriterium der subjektiven Gesundheit dar.

Bildung, Individuelle Ressourcen und Beschwerdelast

Tabelle 29 zeigt die Ergebnisse einer schrittweisen Regressionsanalyse. Zielkriterium ist die Beschwerdeliste von von Zerssen. In der letzten Zeile ist die Varianzaufklärung dargestellt.

Tabelle 29 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Ressourcen – Zielkriterium Beschwerdelast

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
| Männl. Geschlecht | -.204 | -.152 | -.109 |
| Alter | .085 | .056 | .032 |
| Bildung | | -.170 | -.149 |
| Fitness gut | | | -.248 |
| Internale Kontrollüberzeugung | | | -.083 |
| R ² | .041 | .066 | .138 |

Zusammenfassende Beschreibung

Betrachtet man die in Tabelle 29 dargestellten Ergebnisse, so zeigt sich, dass Männer weniger Beschwerden berichten und das das Alter kaum einen Einfluss auf die Beschwerdelast hat. Die Bildung als Maß sozialer Ungleichheit erweist sich hypothesenkonform dahingehend als Einflussfaktor, dass ein höherer Bildungsgrad mit einer geringeren Beschwerdelast einhergeht. Dieser Einfluss geht auch nur wenig zurück, wenn im letzten Schritt die Variablen Fitness und internale Kontrollüberzeugung als individuelle Ressourcen mit aufgenommen werden. Es ist dabei wiederum der selbstberichtete Fitnesszustand, der einen bedeutsamen Einfluss zeigt. Insgesamt werden in diesem Modell ca. 14% Varianzaufklärung erreicht.

Bildung, Strukturelle Ressourcen und Beschwerdelast

In das Modell der strukturellen Ressourcen und dem Zielkriterium Beschwerdelast wurden neben den situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie Bildung die Variablen Arbeitszufriedenheit, Lebenszufriedenheit, Familienstand verheiratet und die Lebenssituation nicht allein aufgenommen.

Tabelle 30 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturellen Ressourcen – Zielkriterium Beschwerdelast

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|------------------------------|------------|------------|------------|
| Männlich | -.204 | -.152 | -.176 |
| Alter | .085 | .06 | .077 |
| Bildung | | -.17 | -.176 |
| Arbeitszufriedenheit | | | -.150 |
| Lebenszufriedenheit | | | -.313 |
| Familienstand verheiratet | | | n.s. |
| Lebenssituation nicht allein | | | .038 |
| R ² | .041 | .07 | .23 |

Zusammenfassende Beschreibung

Wiederum die Lebenszufriedenheit und die Arbeitszufriedenheit stellen sich als Einflussgrößen auf die Beschwerdelast im Modell struktureller Ressourcen dar. Die Bildung ist wiederum dahingehend zu interpretieren – unter Berücksichtigung der kovariierenden Einflussgrößen im dritten Analyseschritt – dass mit höheren Bildungsgraden eine geringere Beschwerdelast einhergeht. Lediglich das geschlechtsspezifische Ergebnis deutet darauf hin, dass Männer eine geringere Beschwerdelast berichten. In diesem Modell werden 23% Varianzaufklärung erreicht.

Bildung , Individuelle Belastungen und Beschwerdelast

Tabelle 31 zeigt die Prüfung der individuellen Belastungen auf die selbstberichtete Beschwerdelast.

Tabelle 31 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Belastungen – Zielkriterium Beschwerdelast

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
| Männl. Geschlecht | -.204 | -.152 | -.121 |
| Alter | .085 | .06 | .034 |
| Bildung | | -.17 | -.133 |
| Summe Krankheiten | | | .27 |
| Externale Kontrollüberzeugung | | | .09 |
| Raucher | | | .06 |
| R ² | .041 | .07 | .15 |

Zusammenfassende Beschreibung

Die Ergebnisse zeigen dabei, dass es wiederum die Summe der Krankheiten ist, die maßgeblichen Einfluss auf die Beschwerdelast hat. Die weiteren Variablen wie externe Kontrollüberzeugung und der Raucherstatus haben dabei keinen oder nur wenig Einfluss. Die Varianzaufklärung beträgt im dritten Schritt lediglich 15%.

Bildung, Strukturelle Belastungen und Beschwerdelast

Als strukturelle Belastungen wurden weiter oben die arbeitsbezogenen sowie die allgemeine Beanspruchung, der ledige sowie der verwitwete, geschiedene und getrennt lebende Familienstand definiert. Tabelle 32 zeigt die entsprechenden Ergebnisse.

Tabelle 32 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturelle Belastungen – Zielkriterium Beschwerdelast

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|--|------------|------------|------------|
| Männlich | -.204 | -.152 | -.09 |
| Alter | .085 | .056 | n.s. |
| Bildung | | -.170 | -.16 |
| Arbeitsbezogene Beanspruchung | | | .18 |
| Allgemeine Beanspruchung | | | .44 |
| Familienstand ledig | | | .04 |
| Familienstand verwitwet, geschieden, getrennt lebend | | | n.s. |
| R ² | .041 | .07 | .39 |

Zusammenfassende Beschreibung

Bei der Betrachtung der Ergebnisse für den dritten Analyseschritt zeigt sich, dass das Alter nicht mehr signifikant wird. Erwähnenswert erscheint zudem, dass der Einfluss des männlichen Geschlechtes zurückgeht, was auf eine Geschlechtsabhängigkeit der strukturellen Belastungsaspekte hinweist. Von den dabei aufgenommenen Variablen erweist sich wiederum die allgemeine Beanspruchung (vitale Erschöpfung) als Einflussgröße. Insgesamt wird im dritten Schritt eine Varianzaufklärung von ca. 40% erreicht. Die als strukturelle Belastung definierten Familienstände zeigen dabei kaum einen Einfluss.

Im folgenden Beitrag wird auf Basis von Strukturgleichungsmodellen geprüft, wie sich die einzelnen als mehr oder weniger bedeutsam herausgestellten Dimensionen zueinander verhalten, die oben in den schrittweisen Regressionsanalysen untersucht wurden, wenn sie gemeinsam in ein Erklärungsmodell des allgemeinen Gesundheitszustandes, der Befindlichkeit sowie die Beschwerdelast eingebracht werden.

3.2.5 Strukturanalytische Prüfung des Gesamtmodells und Ergebnisse - Studie A

Die in der Abbildung 16 vorgenommene Übertragung des von Steinkamp vorgeschlagenen komplexen Modells zur Erklärung sozialer Ungleichheit und Krankheitsentstehung bzw. Gesundheitserhaltung wurde im vorangegangenen Abschnitt in seinen monokausalen – bezogen auf die formulierten Dimensionen – Einflussbeziehungen geprüft. Dabei stellte sich heraus, dass eine Reihe der Variablen bzw. psychosozialen Dimensionen, die im theoretischen Teil als bedeutsam für die Variationen von Gesundheit und Krankheit identifiziert wurden, nur wenig für die hier in einem spezifischen Untersuchungszusammenhang als Zielkriterien herangezogenen Befindlichkeitsvariablen erklären. Dies muss insbesondere für die Aspekte sozialer Unterstützung gelten, die nur unzureichend abgebildet wurden. Auch hinsichtlich einiger Skalen der aktuellen Befindlichkeit konnte nur wenig an Begründungszusammenhängen aufgedeckt werden. Nachdem nun erste Erkenntnisse über die Einflussfaktoren auf die vier hier formulierten Dimensionen vorliegen, jedoch noch nicht angedacht wurde, wie denn diese vier Dimensionen untereinander zusammenhängen bzw. gemeinsam durch die strukturellen Variablen Alter, Geschlecht und Bildung variiert Einfluss auf die Gesundheit bzw. Befindlichkeit nehmen, wird im folgenden Abschnitt ein multivariates Strukturmodell entwickelt und geprüft. Als das Verfahren der Wahl für die Prüfung von komplexen Ursache-Wirkungszusammenhängen bietet sich die sogenannte LISREL-Analyse an.

Strukturgleichungsmodelle - Analyse manifester und latenter Strukturen

In den Sozialwissenschaften spielen sogenannte (latente) Konstrukte, also nicht direkt messbare Variablen, deren Existenz jedoch anzunehmen ist, eine nicht unbedeutende Rolle – in erster Linie weil davon auszugehen ist, dass sie Einfluss auf andere Variablen haben. Beispiele hierzu sind Angst, Aggressivität, Intelligenz oder aber auch viel allgemeiner gesundheitsförderliche Ressourcen bzw. gesundheitsabträgliche Belastungen.

Sogenannte Strukturgleichungsmodelle (SEM für **S**tructural **E**quation **M**odelling), auch bekannt unter dem Synonym "LISREL-Modelle" stellen eine Möglichkeit dar, indem komplexe Fragestellungen durch ein Modell beschrieben und einer statistischen Überprüfung zugeführt werden können. Trotzdem ist durch die Vielfalt der Möglichkeiten zu beachten, dass diese Methode hohe Anforderungen an die Daten stellt und die grafische Überprüfung der Daten bzw. Kausalitäten einen sehr hohen Stellenwert besitzt (Jöreskog, 1967). Man kann innerhalb dieser Modelle bestimmen, aus welchen Indikatorvariablen sich latente Variablen zusammensetzen und darüber hinaus die Beziehungen mehrerer latenter Variablen untereinander untersuchen. Zudem kann man bei der Verwendung latenter Konstrukte oder Dimensionen die Messfehler, von denen besonders in der empirischen Sozialforschung auszugehen ist, explizit mit in das Modell aufnehmen. Der Ansatz ist im Wesentlichen konfirmatorisch, in dem Sinne, dass vorab formulierte Hypothesen über Variablenzusammenhänge getestet werden können. Statistisch handelt es sich bei diesen Modellen um die Verknüpfung von Regressionsanalyse (von daher auch Pfadanalyse) und konfirmatorischer Faktorenanalyse. Auf der Basis von Kovarianz- (oder Korrelations-) Matrizen besteht die Möglichkeit, auch Alternativmodelle gegeneinander zu testen. Hier würden die weitaus gebräuchlicheren Verfahren der Varianz- und Regressionsanalyse an ihre Grenzen stoßen. Die folgende Abbildung 17 repräsentiert das Modell eines Strukturgleichungsmodells und erläutert die darin enthaltenen Annahmen (vgl. Gediga, 1998).

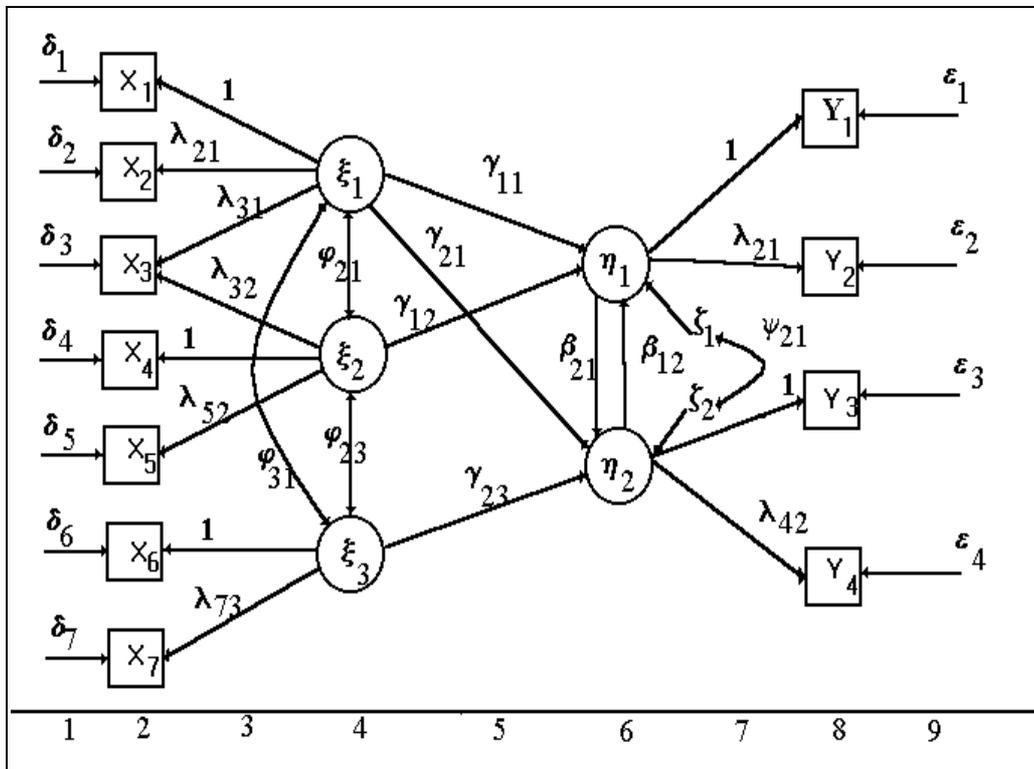


Abbildung 17 Parameter eines Strukturgleichungsmodells nach der LISREL-Terminologie

Es ist möglich in Strukturgleichungsmodellen bis zu neun Ebenen zu unterscheiden. Wesentliche Werkzeuge innerhalb des Modells stellen Pfeile, Rechtecke und Kreise dar. Die daraus resultierende grafische Darstellung wird auch als *Pfaddiagramm* bezeichnet. **Rechtecke bezeichnen** beobachtbare Variablen, **Kreise** stellen sog. *latente Dimensionen* dar, d. h. nicht beobachtbare Variablen, über die jedoch theoretische Vorstellungen oder Hinweise existieren. Die im Diagramm dargestellten **Pfeile** verbinden u. a. die beobachtbaren Variablen mit den latenten Dimension. Je nach Ebene werden die Pfeile unterschiedlich interpretiert.

Nach Gediga (Gediga, 1998) liest sich das Pfaddiagramm von links nach rechts wie folgt (vgl. Abbildung 17):

- „Ebene 1: Hier sind Pfeile „aus dem Nichts“ auf die beobachtbaren Variablen eingezeichnet. Die auf dieser Ebene eingetragenen Konstanten („delta“-Konstanten) geben die Fehlervarianz der unabhängigen Variablen (also hier X_1 , ..., X_7) an.“ (Gediga, 1998) Im hier vorliegenden Kontext wurde das Programm AMOS eingesetzt. Hier gehen die Pfeile von Kreisen aus: Diese Kreise bezeichnen dann nicht beobachtbare Fehlervariablen. Diese sind ebenfalls als Dimensionen aufzufassen.
- „Ebene 2: Hier sind die unabhängigen Variablen eingetragen.
- Ebene 3: Die Konstrukte der Ebene 4 werden durch die unabhängigen Variablen der Ebene 2 beschrieben. Die Pfeile entsprechen den Faktorladungen der unabhängigen Variablen auf die Konstrukte, wobei hier allgemeiner von Regressionsgewichten auf den Faktor geredet werden muss. Wichtig ist, dass die Anzahl der Pfeile pro Konstrukt nicht die Anzahl der Korrelationen überschreiten darf. Meist wird das Regressionsgewicht einer Variable mit dem Konstrukt fest gewählt - hier ist dies mit der „1“ angedeutet. Man kann aber auch andere Werte als Regressionsgewicht zwischen Faktor und unabhängiger Variablen annehmen; so kann man oft annehmen, dass eine unabhängige Variable bis auf ihren Fehler das Konstrukt erfasst. (...)
- Ebene 4: Die unabhängigen Konstrukte (Faktoren). Das sind die theoretisch interessanten Variablen, die einen Zusammenhang zu den abhängigen Konstrukten stiften. Die Pfeile zwischen den einzelnen Konstrukten symbolisieren, dass ein korrelativer Zusammenhang zwischen den Konstrukten angenommen wird.
- Ebene 5: Hier werden die β -Koeffizienten der Regression von den unabhängigen Konstrukten auf die abhängigen Konstrukte angegeben -- diese heißen in LISREL-Terminologie gamma-Koeffizienten (...)
- Ebene 6: Die unabhängigen Konstrukte (ebenfalls Faktoren). Das sind die theoretisch interessanten Variablen, die durch die unabhängigen Konstrukte erklärt werden sollen. (...)
- Ebene 7: Faktorladungen der abhängigen Variablen auf die abhängigen Konstrukte (entspricht der Ebene 3). Auch hier muss pro Faktor eine Konstante fixiert werden.
- Ebene 8: Beschreibung der abhängigen Variablen.
- Ebene 9: Messfehler der abhängigen Variablen.

Es gibt eine einfache Zweiteilung der Ebenen eines Strukturgleichungsmodells:

- Das **Strukturmodell**: Dieses umfasst die Ebenen 4,5,6 und beschreibt die Zusammenhänge zwischen den Konstrukten.
- Das **Messmodell**: Dies ist auf den Ebenen 1,2,3 für die unabhängigen Variablen und auf den Ebenen 7,8,9 für die abhängigen Variablen angesiedelt und beschreibt das Zusammenspiel von Fehlervariablen und beobachtbaren Variablen und deren Wirkung auf die Konstrukte“ (Gediga, 1998).

Die hier besprochenen Möglichkeiten von Strukturgleichungsmodellen implizieren jedoch eine ganze Reihe von Problemen und technischen Raffinessen, von denen eines besonders herausgestellt werden soll.

Gediga weist in seinen Ausführungen auf eine Reihe von Problemen bei der Durchführung der Analysen hin, von denen vor allem auf das Folgende hingewiesen werden soll, da sie die hier durchgeführten Analysen betreffen (Gediga, 1998). Das erste nach Gediga häufiger auftretende Problem betrifft die durchaus vorkommende Möglichkeit, dass die „Faktorladungen der unabhängigen Faktoren (also u.U. die Reliabilitäts-schätzungen!) (...) auch von der Wahl der abhängigen Variablen ab(-hängen), ebenso wie die nicht-aufgeklärte Varianz in den unabhängigen Variablen. Meist sind diese Einflüsse allerdings gering und können vernachlässigt werden“ (Gediga, 1998). In den weiter unten durchgeführten Strukturgleichungsmodellen ist allein auf Basis inhaltlicher Interpretation von diesem Problem auszugehen. Dabei wird jedoch versucht, diesem Phänomen inhaltlich entgegen zu treten.

In einem multivariaten Pfadmodell wird geprüft, welchen Einfluss auf der einen Seite Alter, Geschlecht sowie als Maß für soziale Ungleichheit die Bildungsvariable bzw. auf der anderen Seite die als Belastungen und Ressourcen definierten psychosozialen Prädiktoren als „Faktoren“ auf den allgemeinen Gesundheitszustand sowie auf die Befindlichkeit und Beschwerdelast haben.

Für die folgenden Analysen wurde das Programmmodul AMOS (**A**nalysis of **MO**ment **S**tructures) zugrunde gelegt (Arbuckle & Wothke, 1999).

Für die weiteren Berechnungen wurde die Kovarianzmatrix der zugrunde gelegten Daten herangezogen. Diese wurde mit der Prozedur Reliability in SPSS erzeugt. Da jedoch auch hier ausschließlich die Anzahl der gültigen Fälle berücksichtigt wird, kommt es insgesamt zu einer Reduktion des Datensatzes von ehemals $n=4596$ auf $n=3793$ (Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand).

Ein weiteres Problem ergab sich bei der Formulierung des Modells in zwei Belastungs- wie auch zwei Ressourcendimensionen, so wie im vorangegangenen Abschnitt noch bei der Einzelprüfung durch Regressionsanalysen vorgegangen wurde. Aufgrund der hypothesengemäßen Prüfung nicht nur der direkten Effekte sozialer Ungleichheit auf die allgemeine Gesundheit bzw. Lebensqualität, sondern auch der simultanen indirekten Abschätzung von Effekten über die manifest erhobenen Indikatoren bzw. der latenten Dimensionen, ergibt sich das Problem der Identifizierbarkeit des Gesamtmodells. Aus diesem Grunde beschränkt sich die folgende Analyse auf

jeweils eine Ressourcen- und eine Belastungsdimension. Aufgrund dieser Restriktion wird das in Abbildung 16 dargestellte theoretische Modell formuliert und empirisch getestet. Die den einzelnen Dimensionen konkret zuzuordnenden Skalen finden sich in Tabelle 19.

In den dann folgenden Abschnitten werden zuerst die aus dem Gesamtmodell berechneten standardisierten Pfadkoeffizienten dargestellt. Diese sind vergleichbar mit den standardisierten β -Koeffizienten aus der Regressionsanalyse, die angeben, um wie viel Standardabweichungen sich die abhängige Variable im Mittel verändert, falls die unabhängige Variable um eine Standardabweichung verändert wird. Die weiteren unabhängigen Variablen werden dabei jeweils konstant gehalten. Die Reihenfolge ist mit der in den Analysen zu den schrittweisen Regressionsanalysen identisch: Begonnen wird mit dem Allgemeinen Gesundheitszustand, dann folgen die Zielkriterien der Befindlichkeit (POMS) und abgeschlossen wird die Ergebnisdarstellung mit der Beschwerdelast.

Basierend auf der Zuordnung, die in Tabelle 19 vorgenommen wurde, wird folgendes komplexes Modell formuliert:

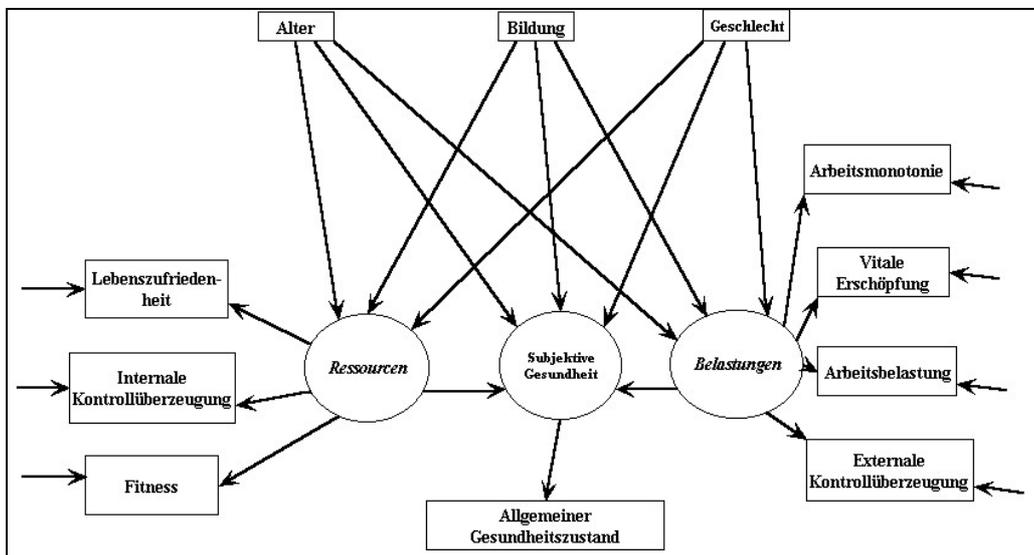


Abbildung 18 Strukturmodell subjektiver Gesundheit mit Ressourcen und Belastungen (Studie A)

In der Abbildung 18 wird im Sinne einer Übersicht dargestellt, in welcher Form in dem vorgeschlagenen Strukturgleichungsmodell mögliche Kausalitäten vorhanden sind.

Um diese Übersichtlichkeit nicht zu gefährden, sind eine Reihe von Modellannahmen die zur Durchführung wichtig waren, grafisch nicht dargestellt. Auf diese soll hier kurz eingegangen werden. Dabei wurde von einer Nicht-Korreliertheit der situativen Variablen Alter, Geschlecht und Bildung als Maß sozialer Ungleichheit ausgegangen. Gleiches wurde auch für die Fehlervarianz der beiden Belastungsvariablen – Arbeits- und vitale Erschöpfung – angenommen, um möglichst konkret die spezifischen Einflüsse beider Belastungsindikatoren für sich zu prüfen.

Weiterhin nicht dargestellt, jedoch geprüft, ist eine der Grundannahmen der hier vorgelegten Arbeit, nämlich, dass es direkte Einflüsse der sozialen Ungleichheit (Bildung) auf Indikatoren der psychosozialen Kontexte gibt. Diese Grundannahme konnte über die schrittweisen Regressionsanalysen nur indirekt geprüft werden, indem die Veränderung des Einflusses der soziodemografischen Variablen nach Hinzunahme der psychosozialen Variablen vom zweiten zum dritten Schritt in den Mittelpunkt gestellt wurde. Konkret betrifft dies hier – in den Strukturgleichungsmodellen – die Abhängigkeit des Gesundheitsverhaltens (abgebildet über Fitness) und der Lebenszufriedenheit für den Bereich der Ressourcen, sowie für die Abhängigkeit der externalen Kontrollüberzeugung, der Arbeitsbelastung sowie der Arbeitsmonotonie als Indikatoren der Belastungsdimension. Dies wird aus dem Grunde geprüft, da angenommen wird, dass es eine gewisse Konkurrenz zwischen den direkten Einflüssen der Bildung auf diese Indikatoren gibt und dem "neuen" Einfluss der Bildung über die latenten Dimensionen Belastungen und Ressourcen. Als Indikatoren wurden in erster Linie die ausgewählt, von denen auf Basis der regressionsanalytischen Ergebnisse der stärkste Effekt zu erwarten ist. Aus diesem Grunde wurde die Lebenszufriedenheit als Ressource ausgewählt und auf die Indikatoren, die den Familienstand bzw. die Lebenssituation abbilden, verzichtet.

Um alle Modelle vergleichbar zu halten, werden diese Grundannahmen für die Modelle des Allgemeinen Gesundheitszustands, der Befindlichkeit (POMS) sowie der Beschwerdelast beibehalten. Geprüft werden somit folgende Grundannahmen:

- direkte standardisierte Einflüsse der situativen Variablen auf die Allgemeine Gesundheit, die Befindlichkeit und die Beschwerdelast
- direkte standardisierte Einflüsse der manifesten Indikatoren auf die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen (simultane konfirmatorische Faktorenanalyse des Modells)
- direkte standardisierte Einflüsse der situativen Variablen auf die „neuen“ latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen
- direkte standardisierte Einflüsse der situativen Variablen auf die Indikatoren der Ressourcen- und Belastungsdimension
- direkte standardisierte Effekte der latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf den Allgemeinen Gesundheitszustand, die Befindlichkeit und die Beschwerdelast
- indirekte standardisierte Effekte der Bildung über die latente Dimension Ressourcen auf ihre manifesten Indikatoren sowie über die latente Dimension Belastungen auf ihre manifesten Indikatoren
- indirekte standardisierte Effekte der Bildung über die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die Allgemeine Gesundheit, die Befindlichkeit und die Beschwerdelast

Abgeschlossen wird diese Analyse mit einer Bewertung des Gesamtmodells. In Abweichung zu multivariaten Analyseverfahren wie beispielsweise Varianzanalyse und der Regressionsanalyse, steht eine Signifikanzprüfung bei Strukturgleichungsmodellen nicht im Vordergrund bzw. wird nicht durchgeführt (Harlow, Mulaik & Steiger, 1997). Dies ist zum einen darin begründet, da nicht mehr auf die Ebene der Rohdaten zurückgegangen wird, sondern ausschließlich auf die Kovarianzmatrix der aufgenommenen Daten - und zum anderen darin, dass hier die „Passung“ eines angenommenen theoretischen Modells mit den Daten geprüft wird (Hu & Bentler, 1998). Von daher geht es um die Darstellung sogenannten Fit-Indizes, die Auskunft über die Güte dieser Passung geben (Byrne, 2001).

Direkte standardisierte Einflüsse der situativen Variablen auf die Allgemeine Gesundheit, die Befindlichkeit und die Beschwerdelast

Die folgende Abbildung 19 stellt die Ergebnisse des Strukturgleichungsmodells dar. Berichtet werden die direkten standardisierten Einflüsse der situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie als Maß sozialer Ungleichheit auf die Zieldimensionen Allgemeiner Gesundheitszustand, die Beschwerdelast, sowie exemplarisch für die Befindlichkeit auf die beiden POMS-Skalen Tatendrang und Müdigkeit und auf die SF-36 Subskala Mental Health.

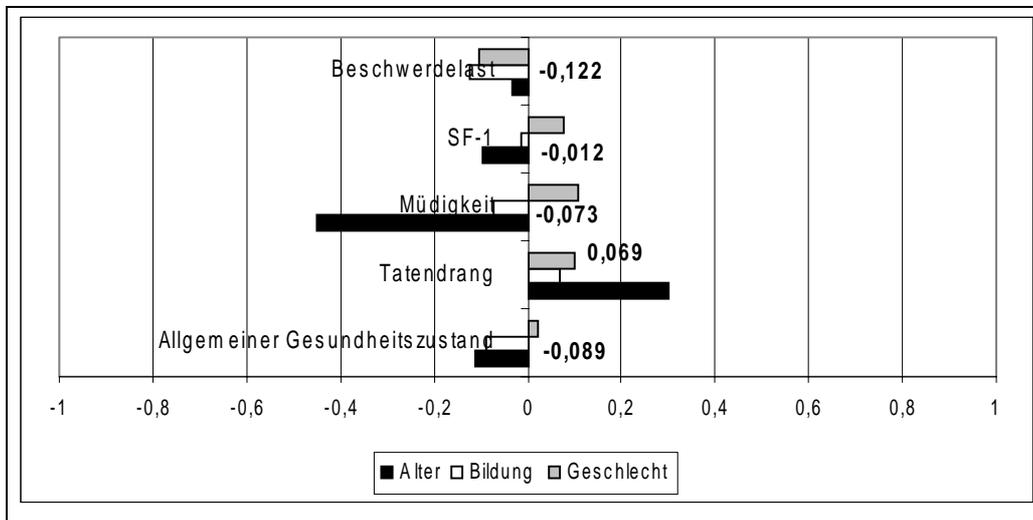


Abbildung 19 Darstellung standardisierter Pfadkoeffizienten – direkter Einfluss der situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie Bildung auf Gesundheitszustand, Befindlichkeit und Beschwerdelast

Im Sinne einer multiplen Regression ist die Abbildung 19 zu interpretieren. Die in dieser Abbildung dargestellten Koeffizienten entsprechen den standardisierten β Koeffizienten einer Regressionsanalyse. Demnach ist es das Alter, das in den Skalen Müdigkeit, Tatendrang und moderat auch für die Skala SF-1 einen Einfluss zeigt. Die Werte für die Variable Bildung sind in der Abbildung dargestellt und weisen auf einen eher geringen direkten standardisierten Einfluss auf das jeweilige Zielkriterium hin. Deutlich wird dieser Einfluss lediglich für die Beschwerdelast ausgewiesen – hier weist ein hoher Bildungsstand auf eine geringe Beschwerdelast hin.

Direkte standardisierte Einflüsse der manifesten Indikatoren auf die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen (simultane konfirmatorische Faktorenanalyse des Modells)

Abbildung 20 stellt die im Modell simultan geschätzten Faktorladungswerte für die neue Dimension Belastungen dar.

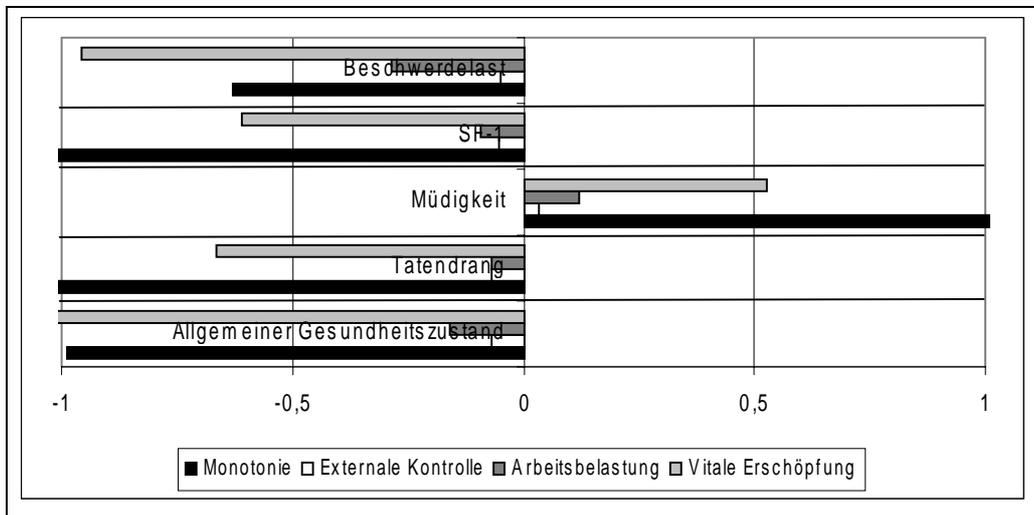


Abbildung 20 Faktorladungswerte der manifesten Belastungsindikatoren auf die neue Dimension Belastung

Um in einer Gegenüberstellung die gleichen Indikatoren der Belastungsdimension zu betrachten, werden in Abbildung 21 die entsprechenden Faktorladungswerte für die latente Dimension Ressourcen dargestellt.

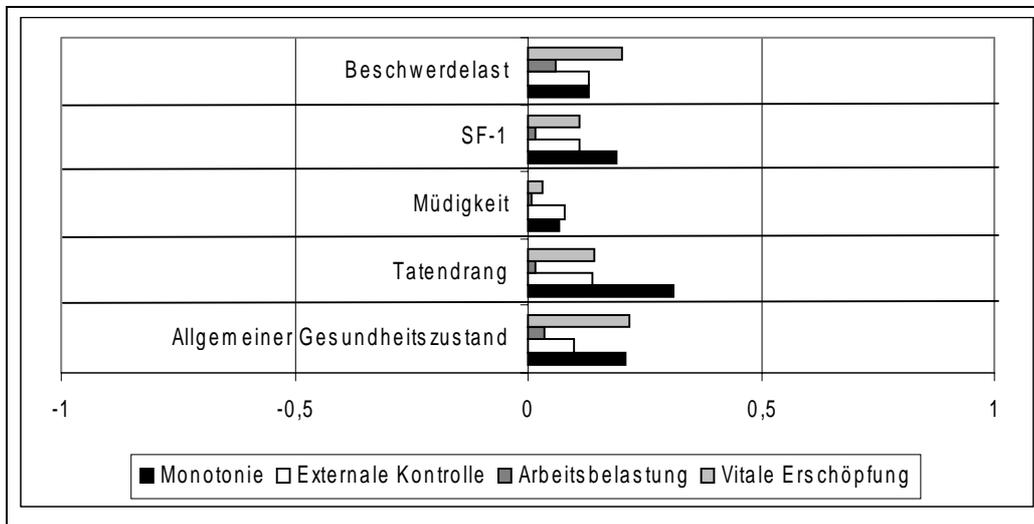


Abbildung 21 Faktorladungswerte der manifesten Belastungsindikatoren auf die neue (andere) Dimension Ressourcen

Dabei zeigt sich erwartungsgemäß, dass es zu relativ geringen Ladungswerten kommt, die einen Hinweis auf eine gut gelungene Zusammenfassung der Indikatoren für die jeweils vorgesehene Dimension geben (vgl. Abbildung 21).

Wie folgende Abbildung 22 zeigt, laden die Indikatoren, die der latenten Dimension Ressourcen zugeordnet wurden, auf dieser durchgängig hoch.

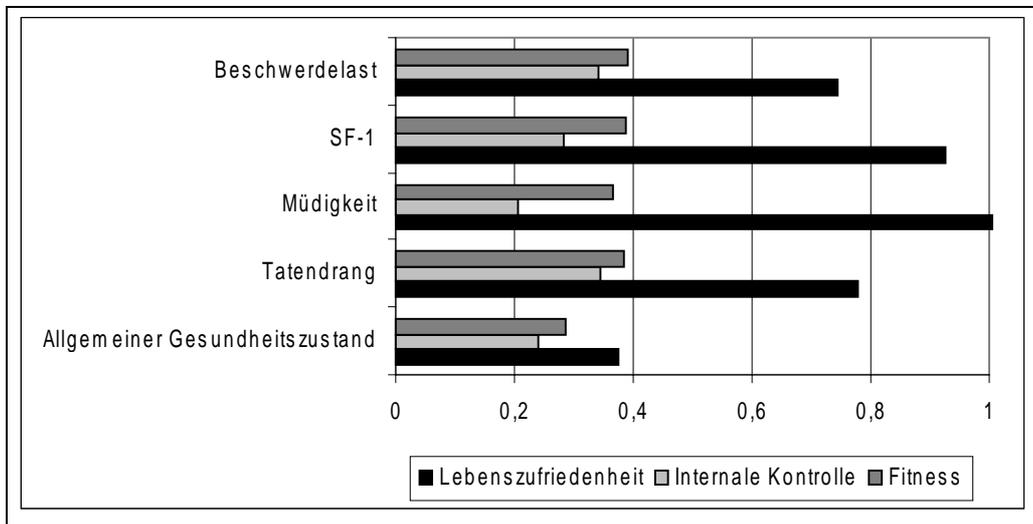


Abbildung 22 Faktorladungswerte der manifesten Ressourcenindikatoren auf die neue Dimension Ressourcen

Besonderen Interpretationsbedarf erfordert die Variable Lebenszufriedenheit, die im Modell der latenten Dimension Ressourcen zugeordnet wurde. Betrachtet man hingegen die Ausprägungen, die dieser Indikator sowohl auf der originären Dimension Ressourcen erlangt, und im Vergleich dazu, welche auf der Dimension Belastungen, liegt der Schluss nahe, hier von einer Umkehrung auszugehen und diesen Indikator in „Lebenszufriedenheit“ zu benennen. Dabei ist jedoch besonders auf das jeweils betrachtete Zielkriterium zu achten und zu unterscheiden, ob diese Dimensionen eher dem psychosozialen Bereich oder eher dem körperlichen Bereich zuzuordnen sind.

Wie die Abbildung 23 zeigt, laden demgegenüber die gleichen Ressourcenindikatoren auf die 'andere' Dimension Belastung sehr niedrig bzw. deutlich negativ.

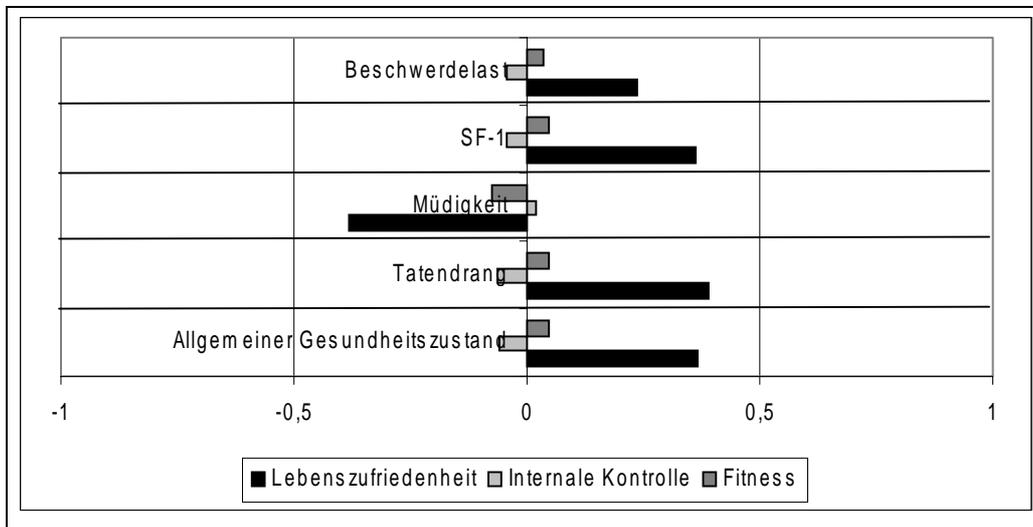


Abbildung 23 Faktorladungswerte der manifesten Ressourcenindikatoren auf die neue (andere) Dimension Belastungen

Grundsätzlich bleibt zu überlegen, ob der Anspruch angemessen ist, für jede der hier in den Mittelpunkt gestellten Zieldimensionen von Gesundheit, Befindlichkeit und Beschwerden die gleiche Interpretation der vermuteten Ressourcen und Belastungen anzunehmen oder ob es nicht wesentlich angebrachter erscheint, abhängig von der Zieldimension eine eigene inhaltliche Benennung der latenten Dimensionen und ihrer Indikatoren vorzunehmen. Abgeschlossen werden diese Überlegungen mit der Prüfung in der simultan durchgeführten Regressionsanalyse, die den direkten standardisierten Einfluss der manifest erhobenen Indikatoren auf die neuen latenten Dimensionen darstellt.

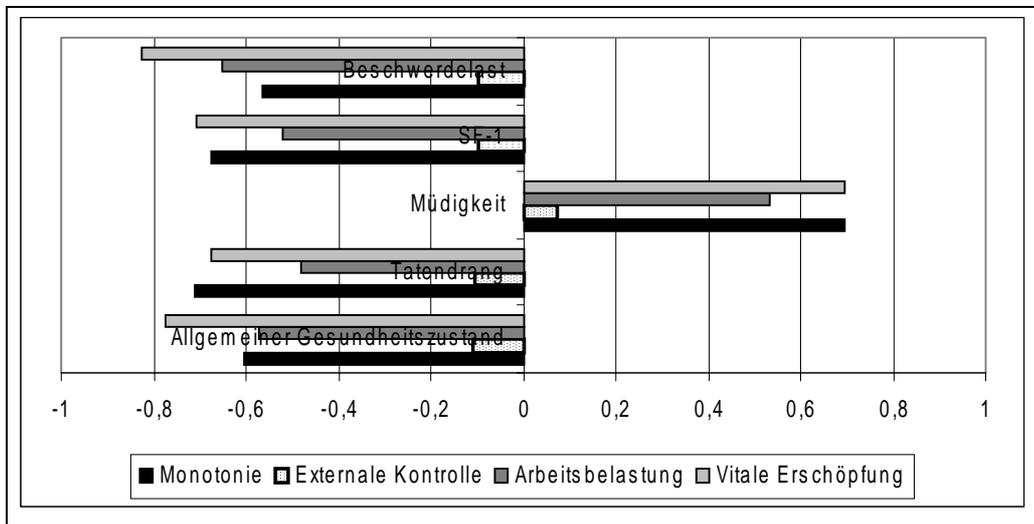


Abbildung 24 Direkte Effekte (std. β) der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Belastung

In Fortführung zu dieser Analyse werden die direkten standardisierten Effekte als für das Modell der latenten Dimension Belastungen dargestellt (vgl. Abbildung 25).

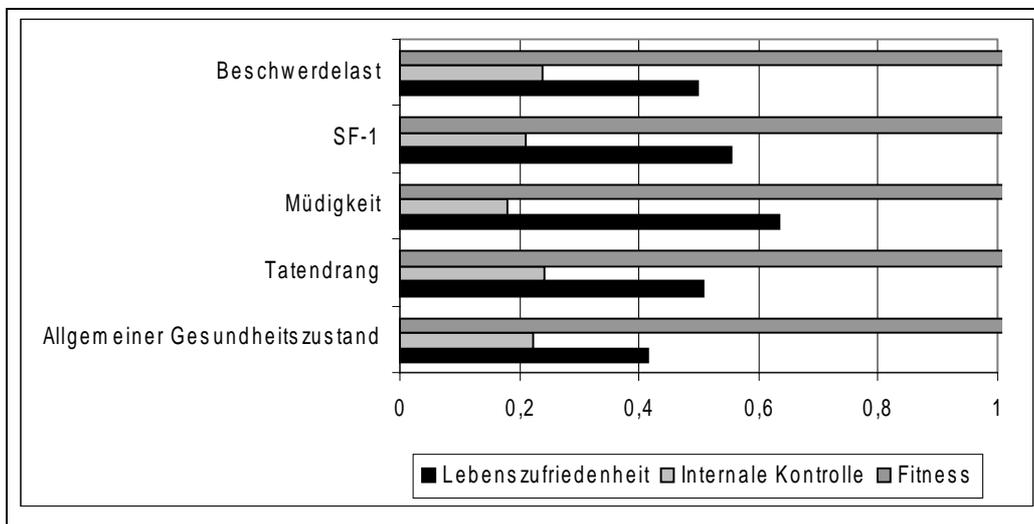


Abbildung 25 Direkte standardisierte Effekte (std. β) der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Ressourcen

Wie die Abbildung 25 zeigt, ist es die Abfrage der eigenen Fitnesseinschätzung, die einen deutlichen Effekt auf die Dimension Ressourcen zeigt.

Direkte standardisierte Einflüsse der situativen Variablen auf die „neuen“ latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen

Die folgende Abbildung 26 zeigt den direkten standardisierten Einfluss der situativen Variablen und der Bildung auf die neue latente Dimension Belastungen.

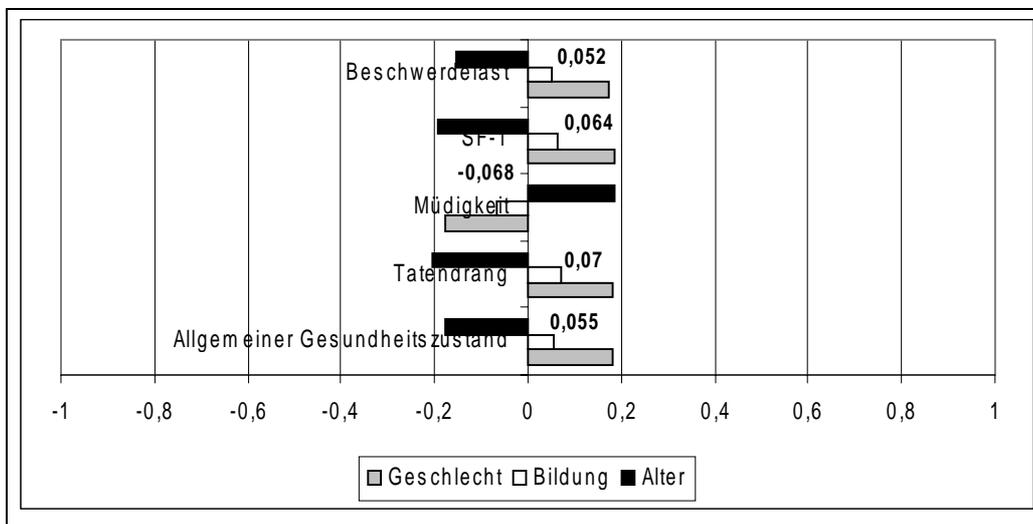


Abbildung 26 Direkte standardisierte Effekte der situativen Variablen Alter, Geschlecht und Bildung auf die latente Dimension Belastungen (dargestellt std. β für Bildung)

Der direkte standardisierte Einfluss der Bildung auf die Belastungsdimension ist gering – die entsprechenden Werte sind in der Abbildung 26 dargestellt. Vor allem der Einfluss des Alters ist für alle Belastungsdimensionen bedeutsam. Jedoch ist lediglich im Modell Müdigkeit das Alter dahingehend zu interpretieren, dass je höher das Alter ist, desto höher auch die Belastungen sind. In allen anderen Modellen gilt das Umgekehrte: je höher das Alter desto geringer die Belastungen. Ähnliches kann auch für das Geschlecht berichtet werden. In allen Modellen berichten tendenziell die Männer höhere Belastungen – anders im Modell Müdigkeit, hier sind es eher die Frauen, die höhere Belastungen berichten (vgl. Abbildung 26).

Die folgende Abbildung 27 zeigt die direkten standardisierten Effekte der situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie Bildung auf die latente Dimension Ressourcen.

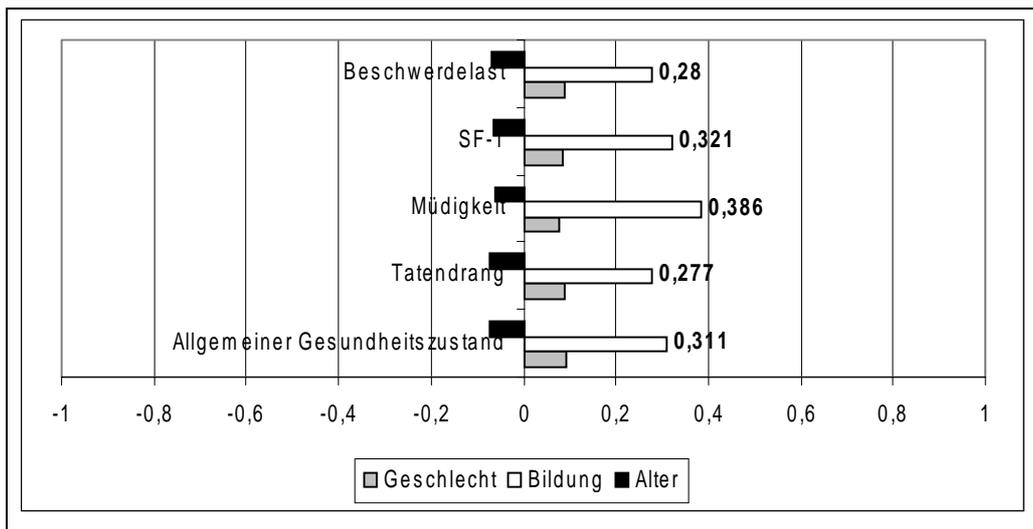


Abbildung 27 Direkte standardisierte Effekte der situativen Variablen Alter, Geschlecht und Bildung auf die latente Dimension Ressourcen (dargestellt std. β für Bildung)

In allen Modellen hat die Bildung einen deutlich positiven standardisierten Effekt auf die neue latente Dimension Ressourcen, der sich zwischen .27 und .39 bewegt. Die Effekte der anderen Variablen Alter und Geschlecht sind eher gering, weisen jedoch durchgängig in eine Richtung, die gut interpretierbar ist: Je höher das Alter ist, desto geringer sind die Ressourcen. Es sind wiederum die Männer, die tendenziell höhere Ressourcen berichten. Im Vergleich zum Belastungsmodell, in dem auch die Männer stärkere Belastungen berichten, muss davon ausgegangen werden – und dies bestätigen auch die Resultate der Faktorenanalyse –, dass die beiden neuen Dimensionen nicht unabhängig voneinander sind, also die ausgewählten Indikatoren ähnliches abbilden.

Direkte standardisierte Einflüsse der situativen Variablen auf die Indikatoren der Ressourcen- und Belastungsdimension

Wie bereits oben im Text hingewiesen wurde, stellt die (mathematische) Durchführung von Strukturgleichungsmodellen eine Reihe von Restriktionen auf, die die simultanen Schätzungen des Modells betreffen. Im Mittelpunkt steht dabei die Unter- und Überidentifikation, denen die maximale bzw. minimale Bezugnahme der im Modell aufge-

nommenen Annahmen hinsichtlich der Indikatoren und Dimensionen zugrunde liegt. Aus diesem Grunde war es wiederum eine Modellannahme, auf welche der Indikatoren die Bildung direkten Einfluss nehmen sollte. Auf Basis der vorab durchgeführten Regressionsanalysen wurde eine Auswahl getroffen und auf Seiten der Ressourcenindikatoren die Variablen Lebenszufriedenheit und Fitness und auf Seiten der Belastungsindikatoren die Variablen Monotonie, externe Kontrollüberzeugung sowie Arbeitsbelastung ausgewählt. Sicherlich ist dabei in Betracht zu ziehen, dass Monotonie und Arbeitsbelastung partiell Ähnliches abbilden.

Die folgende Abbildung 28 zeigt die direkten standardisierten Einflüsse der Bildungsvariable auf die ausgewählten Indikatoren der Belastungsdimension.

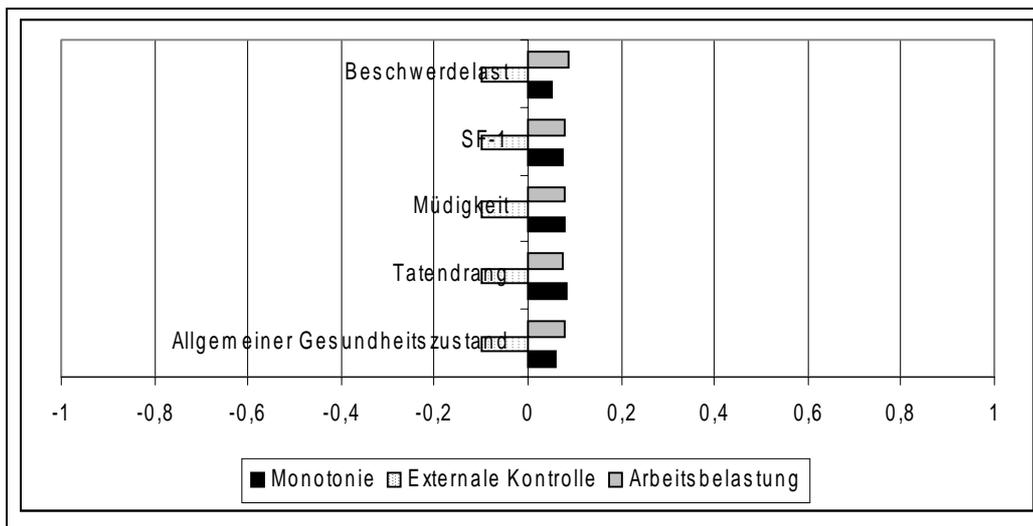


Abbildung 28 Direkte standardisierte Effekte der Bildungsvariable auf die manifesten Indikatoren der Belastungsdimension

Deutlich wird dabei, dass die Einflüsse der Bildungsvariable auf die manifesten Indikatoren der Belastungsdimension gering sind und von einer direkten Verursachung in den jeweiligen Modellen nicht gesprochen werden kann (vgl. Abbildung 28).

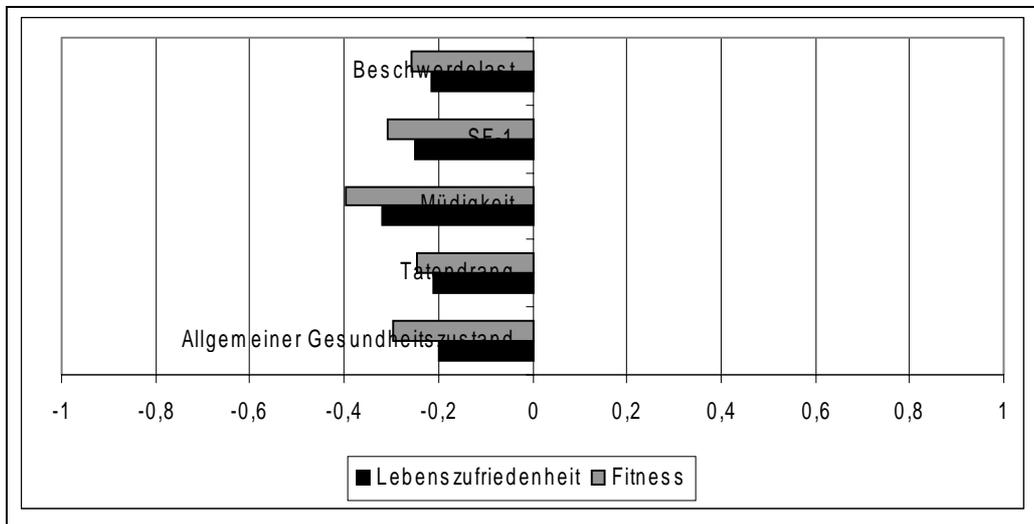


Abbildung 29 Direkte standardisierte Effekte der Bildungsvariable auf die manifesten Indikatoren der Ressourcen

Bei der Betrachtung der Abbildung 29 fällt der deutliche direkte Effekt der Bildung auf die beiden ausgewählten manifesten Indikatoren der Ressourcendimension, vor allem auf die selbsteingeschätzte Fitness auf. Nur schwer zu interpretieren ist jedoch die Polung der std. β Koeffizienten. In allen Modellen stellt sich der Effekt so dar, dass bei höheren Bildungsgraden Fitness und Lebenszufriedenheit abnehmen. Da dies jedoch in allen Modellen so ist, muss eine abschließende Interpretation zum Gegenstand der Gesamtschau gemacht werden.

Direkte standardisierte Effekte der latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf den Allgemeinen Gesundheitszustand, die Befindlichkeit und die Beschwerdelast

In der folgenden Abbildung 30 wird der direkte standardisierte Effekt der neuen Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die jeweils gewählten Zielkriterien Allgemeiner Gesundheitszustand, Tatendrang, Müdigkeit, Mental Health sowie die Beschwerdelast dargestellt.

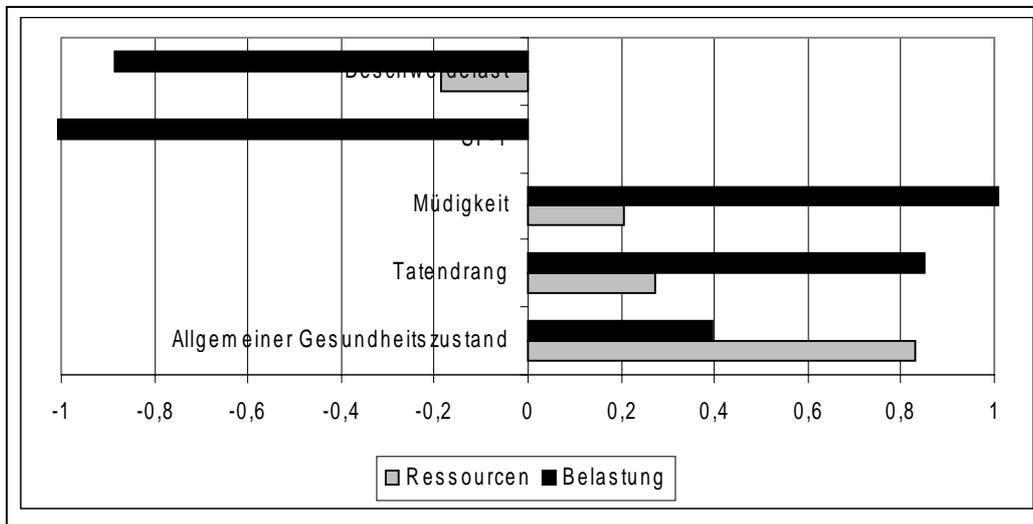


Abbildung 30 Direkte standardisierte Effekte der Dimensionen Belastungen und Ressourcen auf den Allgemeinen Gesundheitszustand, die Befindlichkeit und die Beschwerdelast

In keinem der hier gewählten Modelle kommt es zu einer gegenläufigen Ausprägung der Belastungs- sowie der Ressourcendimension. Betrachtet man die Beschwerdelast, so deuten die gefundenen Ergebnisse darauf hin, dass je höher die Belastungen sind, desto niedriger ist die Beschwerdelast – die (nur schwache) Ausprägung der Ressourcendimension zeigt hingegen ein interpretierbares Ergebnis: je höher die Ressourcen desto geringer die Beschwerden. Die Skala Mental Health wird zudem fast ausschließlich von der Dimension Belastung bestimmt. Hier deutet das Ergebnis ebenfalls darauf hin, dass je höher die Belastungen sind, desto niedriger die mentale Verstimmung ist .

Indirekte standardisierte Effekte der Bildung über die latente Dimension Ressourcen auf ihre manifesten Indikatoren sowie über die latente Dimension Belastungen auf ihre manifesten Indikatoren

Im Folgenden wird auf die indirekten standardisierten Effekte der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Belastungsdimension eingegangen. Anders als bei der weiter oben dargestellten direkten Prüfung, bei der eine Auswahl aus Gründen der Modellspezifikation getroffen werden musste (vgl. Abbildung 28), werden hier alle Indikatoren geprüft (vgl. Abbildung 31 und Abbildung 32).

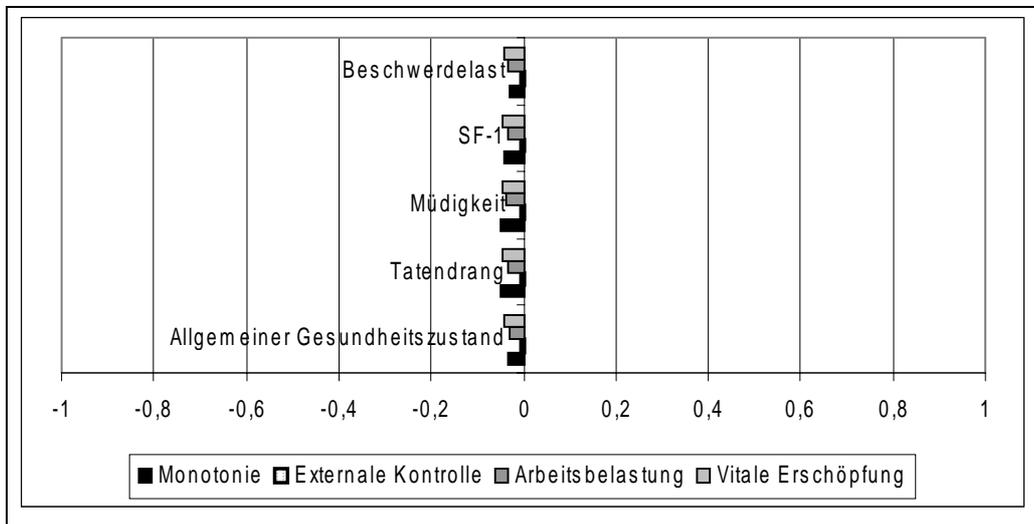


Abbildung 31 Indirekte standardisierte Effekte der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Belastungsdimension

Der standardisierte indirekte Effekt der Bildungsvariable auf die manifesten Indikatoren der Belastungsdimension – also der Einfluss indirekt über die Dimension Belastung – ist gering und läuft gegen null (vgl. Abbildung 31).

Anders stellt sich die Ergebnissituation hinsichtlich des indirekten standardisierten Effektes der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Ressourcendimension dar (vgl. Abbildung 32).

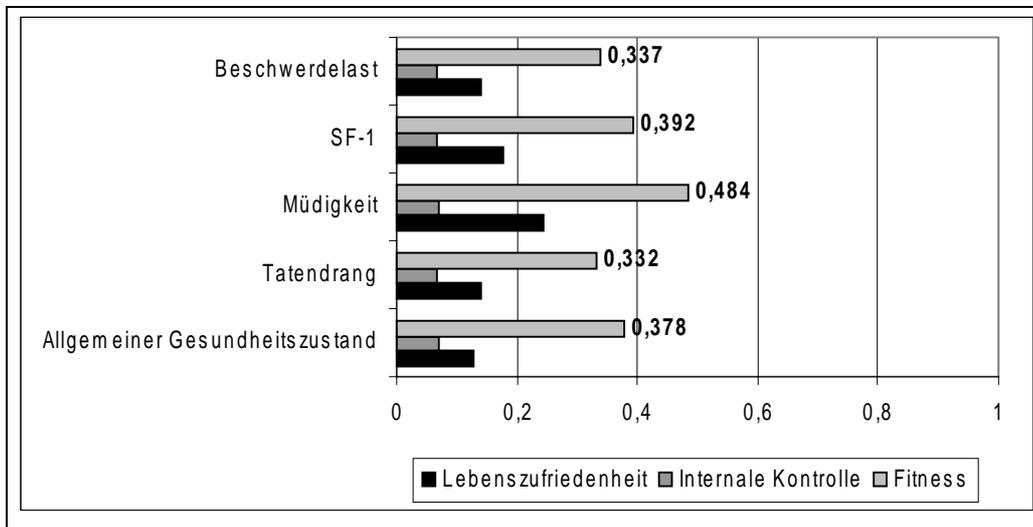


Abbildung 32 Indirekte standardisierte Effekte der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Ressourcen-dimension

Hier ist es wiederum die Variable Fitness, die durch die Bildung maßgeblich indirekt variiert wird mit einem std. β von größer .3 in allen Modellen – gefolgt von der Lebenszufriedenheit und der internalen Kontrollüberzeugung (vgl. Abbildung 32).

Indirekte standardisierte Effekte der Bildung über die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die Allgemeine Gesundheit, die Befindlichkeit und die Beschwerdelast

Als abschließendes Ergebnis wird in Abbildung 33 dargestellt, welchen Effekt die Bildung als Maß sozialer Ungleichheit indirekt auf die hier als Zielkriterien gewählten Skalen bzw. Variablen ausübt.

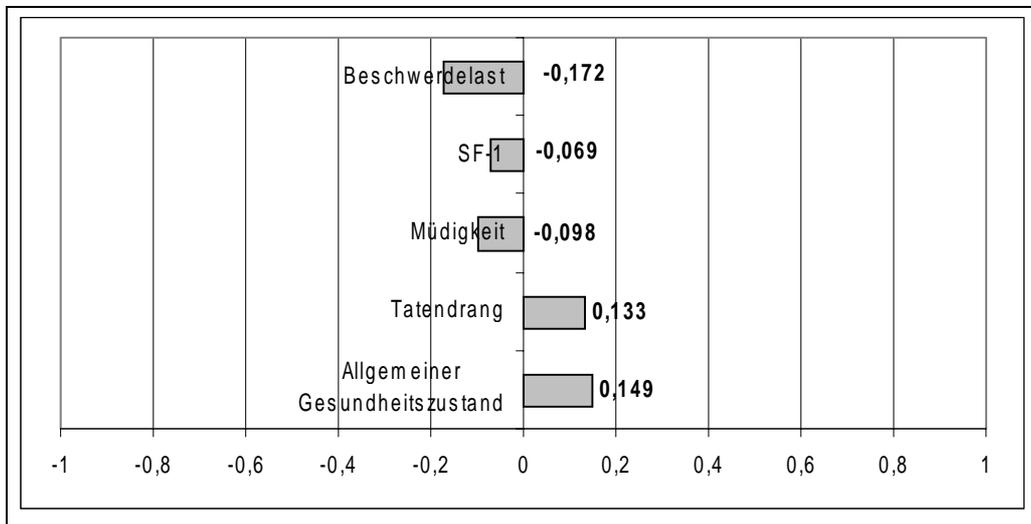


Abbildung 33 Indirekte standardisierte Effekte der Bildung auf die Zieldimensionen Allgemeiner Gesundheitszustand, Befindlichkeit und Beschwerdelast

Alle in Abbildung 33 standardisierten indirekten Effekte der Bildung auf die Zielkriterien, die jeweils in einem eigenen Modell geprüft wurden, lassen sich hypothesenkonform darstellen. Unter Berücksichtigung der Polung der Skalen und deren inhaltlicher Ausrichtung stellen sich die Ergebnisse wie folgt dar: Mit einem deutlichen indirekten Effekt weist die Variable Bildung bei den Variablen Tatendrang und allgemeiner Gesundheitszustand darauf hin, dass bei höherem Bildungsgrad von einer besseren subjektiven Gesundheit und einem höheren Tatendrang auszugehen ist. Ähnliches gilt auch für die Beschwerdelast – Angestellte mit einer höheren Bildung berichten von einer geringeren Beschwerdelast. In die gleiche Richtung weisen auch die Ergebnisse für die Skalen Mental Health und Müdigkeit – auch hier berichten die Personen mit höherem Bildungsstand von weniger Müdigkeit und geringerer mentaler Verstimmung. Allerdings sind die Effekte sehr gering und dürfen im folgenden zusammenfassenden Abschnitt nicht überinterpretiert werden.

3.2.6 Zusammenfassung Studie A

Betrachtet man das in Abbildung 33 zuletzt dargestellte Ergebnis, so zeigt sich im direkten Vergleich zu Abbildung 19, in der die direkten standardisierten Effekte der Bildung auf die Zielkriterien dargestellt wurden, eine deutliche Steigerung in Richtung und Stärke der Erklärung. Dabei stellen die Ergebnisse, dargestellt als standardisierte

Pfadkoeffizienten nur relativ geringe Effekte dar, die Richtung wies jedoch auf eine hypothesenkonforme Interpretation hin. Lediglich das Modell des Allgemeinen Gesundheitszustand zeigte eine negative Polung des Koeffizienten, der auf eine schlechtere subjektive Gesundheit bei höherer Bildung hinwies (vgl. Abbildung 19). Zwischen diesen Ergebnissen liegen jedoch eine Reihe von Resultaten, denen im Laufe der Ergebnisdarstellung nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt werden konnte. Dies betrifft die Konstitution der neuen Dimensionen Belastungen und Ressourcen sowie der Bedeutung der für diese Dimensionen ausgewählten Indikatoren.

So kommt es beispielsweise bei der Konstitution über die simultan durchgeführte Faktorenanalyse zu einer auf den ersten Blick schwer nachvollziehbaren Lösung. Dabei spielen jedoch die Arbeitsmonotonie und die vitale Erschöpfung, also die Belastung, die die Befragten aus dem Alltagsleben berichten, eine bedeutsame Rolle. Der Beitrag der externalen Kontrollüberzeugung und der Arbeitsbelastung aus dem IRES sind hier weniger gewichtig. Erwähnt werden muss jedoch, dass Monotonie der Arbeit und Arbeitsbelastung weite Bereiche einer möglichen beruflichen Belastung gemeinsam abbilden. In allen Modellen für die hier ausgewählten Zielkriterien laden alle Indikatoren negativ – besonders Arbeitsmonotonie und vitale Erschöpfung. Lediglich für das Zielkriterium Müdigkeit trifft dies nicht zu – hier laden alle Indikatoren deutlich positiv. Betrachtet man hingegen die Ladungswerte dieser Belastungsindikatoren für die andere Dimension Ressourcen, so kommt es zu einer deutlichen Zuordnung: Alle Indikatoren laden auf dieser Dimension schwach positiv. Ein ähnlich konsistentes Ergebnis zeigt sich auch für die Ladungswerte der für die Ressourcendimension gewählten Indikatoren (vgl. Abbildung 22). Hier sind es in erster Linie Lebenszufriedenheit und der selbstberichtete Fitnesszustand, die auf dieser Dimension hoch laden. Nutzt man in dieser Betrachtungsweise die Möglichkeit der Strukturgleichungsmodelle – gleich einer konfirmatorischen Faktorenanalyse – und stellt dar, in welcher Höhe die Ressourcenindikatoren auf der Belastungsdimension laden, so findet sich hier die Entsprechung der oben beschriebenen diffizilen Zuordnung der Faktorwerte der Belastungsindikatoren auf die entsprechende Dimension Belastungen. Alle Indikatoren der Ressourcendimension laden für das Modell Müdigkeit deutlich negativ auf dem Faktor Belastungen – bis auf den Indikator internale Kontrollüberzeugung, der schwach positiv lädt. Gleicher Umkehrschluss gilt auch für alle anderen Modelle. Hier laden die Indikatoren bis auf die internale Kontrollüberzeugung deutlich positiv, während die internale Kontrolle durchgängig schwach negativ lädt. In diesem Zusammenhang ist zudem hervorzuheben, dass die Lebenszufriedenheit deutlich positiv – bis auf das erwähnte Modell Müdigkeit – lädt (vgl. Abbildung 23). Dies ist im Vergleich beispielsweise zu den Belastungsindikatoren auf der Ressourcendimension, nicht zu erwarten

gewesen. In diesem Zusammenhang sind bereits folgende Überlegungen festzuhalten: Deutlich wird, dass die hier gefundenen Zuordnungen von Belastungen und Ressourcen stark vom jeweiligen Zielkriterium bei der Gesamtberechnung des Modells abhängig sind. Dabei sind Müdigkeit und Tatendrang als POMS-Skalen gesondert zu betrachten – allein schon aufgrund ihrer differenten Polung. Klar wird, dass beide hinsichtlich der erklärenden Indikatoren etwas anderes abbilden. Darüber hinaus deutet sich an, dass die Beschwerdelast und der allgemeine Gesundheitszustand Ähnliches abzubilden scheinen, dass also die Befragten bei der Einschätzung ihrer subjektiven Gesundheit in erster Linie ihre körperlichen Einschränkungen berichten.

Zudem deutet sich hinsichtlich der gewählten Indikatoren an, dass es zu einer Differenzierung zwischen Aspekten der Arbeits- und allgemeinen Belastung kommt. Dabei findet die Skala Arbeitsmonotonie vermehrt Beachtung gegenüber der Skala Arbeitsbelastung aus dem IRES. Als Antipode hierzu muss die Skala vitale Erschöpfung gelten, die bei der Dimensionenzusammensetzung Berücksichtigung findet. Diese Überlegung kann mit der Einschätzung der Ergebnisse für die Skala Lebenszufriedenheit fortgesetzt werden. Hier fällt auf, dass Lebenszufriedenheit nicht nur eine herausragende Rolle bei der Zusammensetzung der Ressourcendimension spielt, sondern im Gegenzug auch auf der Belastungsdimension deutlich lädt.

Betrachtet man die ersten Ergebnisse der im Modell durchgeführten Regressionsanalyse, so fällt auf, dass alle Indikatoren der Belastungsdimension bis auf die internale Kontrollüberzeugung starke direkte negative Effekte zeigen – lediglich für das Modell Müdigkeit ist dies umgekehrt. Hier weisen alle Indikatoren deutlich positive Effekte auf. Zieht man hier die Ergebnisse der Faktorenanalyse aus Abbildung 20 hinzu, so zeigt sich, dass es möglicherweise im Rahmen der simultanen Modellschätzung zu einer Umdefinition des Belastungsfaktors im Modell Müdigkeit gekommen ist, die es von nun an weiter zu beachten gilt. Betrachtet man die Effekte der Ressourcenindikatoren auf ihre Dimension, so zeigen sich durchgängig hohe positive Effekte, bei denen der der Fitness als gesundheitsförderliches Verhalten herausragt. Dass es zu einer Neukomposition der Belastungsdimension gekommen ist, darauf weisen auch die direkten Effekte von Alter Geschlecht und Bildung hin, die lediglich im Modell Müdigkeit von den anderen Richtungen abweichen.

Dabei ist jedoch kein Pfadkoeffizient so ausgeprägt, dass von einer deutlichen Beeinflussung der Belastungsdimension auszugehen ist (vgl. Abbildung 26). Ebenso wie das bereits berichtete konsistente Ergebnis für die Ressourcendimension weisen die situativen Merkmale und Bildung auf die neue Dimension Ressourcen in eine deutli-

che Richtung. Es ist das Merkmal Bildung, das auf eine deutliche Abhängigkeit dieser Dimension von der sozialen Lage hinweist (vgl. Abbildung 27). Die weiter oben berichtete nur marginale Abhängigkeit der Ressourcendimension von den situativen Variablen und Bildung wird auch bei der Prüfung der direkten Effekte der Bildung auf die Indikatoren der Belastungsdimension deutlich. Dabei ist keines der Merkmale von der Bildung abhängig (vgl. Abbildung 28). Nur schwer zu interpretieren sind die deutlichen jedoch negativen Effekte der Bildung auf die Ressourcenindikatoren Lebenszufriedenheit und Fitness – hier weisen die Koeffizienten in eine Richtung, bei der davon auszugehen wäre, dass bei höherer Bildung die Lebenszufriedenheit und die Fitness nachlassen würden (vgl. Abbildung 29). Ebenso schwer zu interpretieren sind die deutlichen negativen Effekte, die die beiden neuen Dimensionen auf die Zielkriterien ausüben (vgl. Abbildung 30). Für die Zielkriterien Beschwerdelast und mentale Verstimmung (SF-1) sind beide Belastungsdimensionen mit ihren negativen Ausprägungen nur schwer zu interpretieren: Je höher die Belastungen desto niedriger sind Beschwerdelast und mentale Verstimmung – im Gegensatz zur Ressourcendimension beim Zielkriterium Beschwerdelast, die deutlich negativ ausgeprägt ist und darauf hinweist, dass bei hohen Ressourcen auch die Beschwerdelast niedrig ist. Beim Zielkriterium Mental Health geht die Ausprägung gegen null und weist auf Bedeutungslosigkeit hin. Auch die beiden POMS-Subskalen Müdigkeit und Tatendrang werden vom Einfluss der Dimension Belastung beherrscht. Die positive Polung macht hingegen nur für die Skala Müdigkeit einen Sinn – je höher die Belastungen je höher die Müdigkeit. Für die Skala Tatendrang verhält es sich umgekehrt – je höher die Belastungen, je höher der Tatendrang. In gleiche Richtung nur "interpretationsverkehrt" weisen die Ausrichtungen der Ressourcendimension: Für den Tatendrang gilt dabei, desto höher die Ressourcen, je höher der Tatendrang.

Anders als die bisher beschriebenen Befindlichkeits- und Beschwerdemodelle wird das Modell des Allgemeinen Gesundheitszustand von der Ressourcendimension beherrscht, so dass eine hohe Ressourcenausprägung auch einen besseren Gesundheitszustand bedeutet. Jedoch weist auch hier die Belastungsdimension in die gleiche positive Richtung: Hohe Belastungen deuten einen besseren Gesundheitszustand an (vgl. Abbildung 30).

In Fortführung der Gesamtauswertung wurde auch geprüft, welchen Einfluss die Bildung als Maß sozialer Ungleichheit indirekt – also über die neue Dimension Belastung – auf die manifesten Indikatoren dieser Dimension hat. Betrachtet man hier im Vergleich die weiter oben (vgl. Abbildung 28) bereits dargestellten direkten Effekte der Bildung auf diese Indikatoren, so ist festzuhalten, dass es zu einer Abnahme durch die

Darstellung des indirekten Effektes gekommen ist (vgl. Abbildung 31), der zudem nur sehr schwach ausgeprägt ist. Die Prüfung der indirekten Effekte der Bildung auf die Indikatoren der Ressourcenebene stellt hingegen deutliche Ergebnisse heraus. So sind es Lebenszufriedenheit und der selbstberichtete Fitnesszustand, die stark von der Bildung als Maß sozialer Ungleichheit abhängen (vgl. Abbildung 32). Und zwar dergestalt, dass je höher die Bildung ausgeprägt ist, desto höher Lebenszufriedenheit und Fitnesszustand sind. Die Prüfung der hier als Ressource interpretierten internen Kontrollüberzeugung zeigt nur eine schwache Abhängigkeit von der Bildung.

Abschließend wurde untersucht, welchen indirekten standardisierten Effekt die Bildung auf die Zielkriterien Allgemeiner Gesundheitszustand, Befindlichkeit und Beschwerdelast hat. Dabei zeigte sich, dass alle in Abbildung 33 dargestellten Ergebnisse so interpretiert werden konnten, wie es der ursprünglichen Annahme entspricht. Angestellte mit einem höherem Bildungsgrad berichten weniger Beschwerden, vermehrt Tatendrang und einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies gilt auch für die Zielkriterien Mentale Verstimmung und Müdigkeit. Hier sind die Effekte jedoch sehr schwach ausgeprägt (vgl. Abbildung 33).

Abbildung 34 stellt in zusammenfassender Weise die wichtigsten standardisierten Effekte innerhalb des Pfadmodells dar.

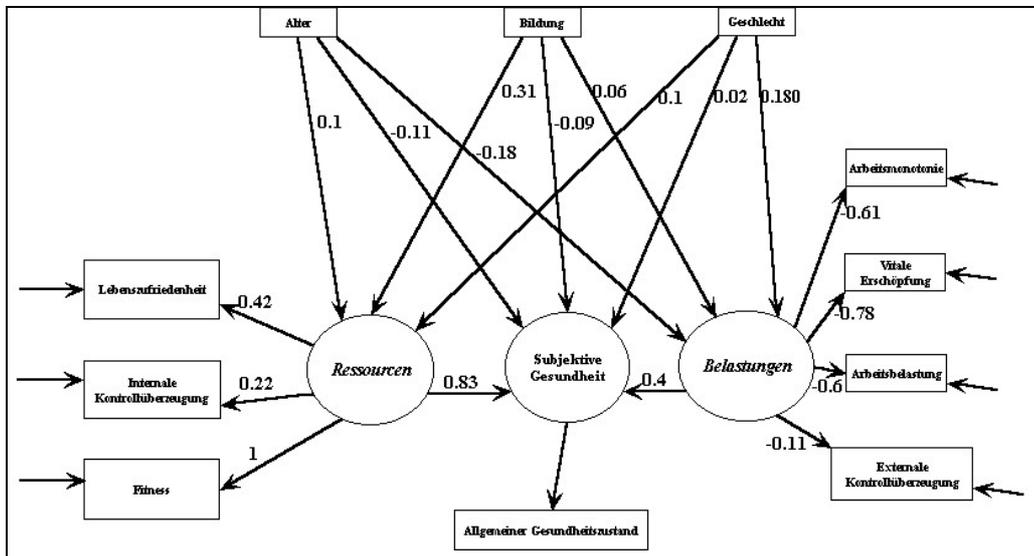


Abbildung 34 Standardisierte Effekte im Pfadmodell Studie A - Zielkriterium Subjektive Gesundheit

Weiter oben wurde bereits kurz darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse eines Strukturgleichungsmodells nicht ausschließlich über Signifikanztests abgesichert werden. Bei diesen Modellen steht vielmehr im Vordergrund, sogenannte Fit-Indizes zugrunde zu legen, die Auskunft dahingehend geben, wie gut bzw. wie schlecht die Daten zum aufgestellten Modell passen. Aus diesem Grunde wird in folgender Tabelle eine Übersicht der wichtigsten Fit-Indizes für die geprüften Modelle gegeben und im Anschluss daran erläutert (Hu & Bentler, 1998).

Tabelle 33 Fit-Indizes der strukturanalytischen Prüfung in Studie A

| Fit-Indizes | Allgemeiner Gesundheitszustand | Tatendrang | Müdigkeit | Mental Health SF-1 | Beschwerdelast |
|------------------|--------------------------------|------------|-----------|--------------------|----------------|
| SRMR | .0003 | .0003 | .0003 | .0002 | .0002 |
| GFI | .982 | .975 | .979 | .981 | .982 |
| Adjusted GFI | .951 | .931 | .941 | .948 | .95 |
| Normed fit index | .95 | .932 | .946 | .952 | .955 |

Der SRMR stellt das quadrierte Mittel der standardisierten Residuen dar und sollte nahe bei Null liegen. Dies ist in allen hier vorgestellten Modellen der Fall.

Der GFI (General Fit Index) Koeffizient gibt einen Hinweis über die Höhe der Varianz bzw. Kovarianz, die durch das theoretische Modell erklärt wird. Der Wert fällt in das Intervall zwischen 0 und 1 und wird dahingehend interpretiert, dass je höher der Wert ist (ein Wert größer als .9 hat sich als Konvention etabliert) desto besser repräsentieren die Daten das Modell. Eine Interpretation macht somit vor allem im Vergleich zweier Lösungen einen Sinn (Mueller, 1996, S. 84). Der AGFI stellt den mittels Anzahl der Freiheitsgrade adjustierten GFI dar und sollte ebenfalls über .9 liegen. Beide Maße erfüllen diese Anforderung über alle hier dargestellten Modelle.

Der Normed Fit Index ist eine nicht statistische Messung, die einen Index repräsentiert, der zwischen dem angenommenen und dem Null-Modell vergleicht. Dieser Index sollte auch größer .9 sein. Auch dies kann für alle hier vorgestellten Modelle angenommen werden.

3.3 Studie B - Die Lebensqualität chronisch kranker Menschen in der Stadt Hamburg

3.3.1 Hintergrund und Fragestellung

Im Mittelpunkt der zweiten Untersuchung stand ursprünglich die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und die subjektive Bewertung der Lebensbedingungen von chronisch kranken und körperlich beeinträchtigten Menschen in Hamburg. Im Zusammenhang mit der Frage nach einer effizienten und effektiven Mittelverwendung im deutschen Gesundheitssystem und einer steigenden Anzahl von chronisch kranken Menschen in Deutschland gewinnt die Evaluation von öffentlichen Steuerungsmechanismen in verschiedenen Versorgungsstrukturen zunehmend an Bedeutung. Kriterien sind hier nicht nur klinische Indikatoren wie Morbidität oder Mortalität, sondern auch das Befinden und die Funktionsfähigkeit aus Sicht der Betroffenen. Diese Perspektive wird in der Medizin mit dem bereits weiter oben operationalisiertem Kriterium der gesundheitsbezogenen Lebensqualität berücksichtigt. Darüber hinaus stellte sich die konkrete Frage, was kommunale Dienstleistungsunternehmen tun können, um die Lebensqualität von chronisch kranken bzw. körperlich behinderten Personen zu erhöhen.

Diese Fragen standen am Anfang des im folgenden vorgestellten Forschungsprojektes, das die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) gemeinsam mit der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchführte.

Im engen Kontakt sowohl mit der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales als auch mit Patientenorganisationen der von einer chronischen Krankheit oder körperlichen Behinderung betroffenen Personengruppen entstand der Entwurf eines Forschungsprojekts. Im Folgenden sollen die wissenschaftlichen Grundlagen und Fragestellungen dieses Projekts dargestellt und auf die Methodik der Untersuchung eingegangen werden. Für die Ergebnisse, die im Mittelpunkt des damaligen Forschungsauftrages standen sei hier auf den Forschungsbericht verwiesen, zudem sind innerhalb des Projektes zahlreiche Publikationen und Qualifikationsarbeiten entstanden (Bullinger et al., 1999). Die in diesem Projekt – im folgenden Studie B – erhobenen Daten werden für die hier vorliegende Arbeit mit einer neuen Fragestellung reanalysiert.

3.3.2 Methoden der Untersuchung zur Lebensqualität chronisch kranker Menschen in Hamburg

Wichtige Einflüsse auf die Lebensqualität eines Menschen sind nicht nur Erkrankungen und Behandlung, sondern auch das weitere soziale Umfeld, in dem sie oder er lebt. Zum weiteren Umfeld gehören die Freunde, Familie, Verwandte, Bekannte, also andere Menschen, aber auch Lebensbedingungen, wie z. B. Arbeits-/Berufstätigkeit, Wohnort und – ganz besonders wichtig für chronisch kranke Menschen – die medizinische Versorgung, die ihnen zuteil wird, und die Lebensbedingungen am Wohnort, z. B. in der Stadt. Die Kommunen und Gemeinden, die z.B. repräsentiert sind in Gesundheitsämtern oder Gesundheitsbehörden, sind zunehmend daran interessiert zu erfahren, ob ihre Dienstleistungen einerseits von den Personen wahrgenommen werden, für die sie entwickelt wurden und ob diejenigen auch mit den Angeboten der Stadt zufrieden sind.

Erkenntnisleitend für das Projekt waren von daher zwei Fragen:

- Wie lässt sich die Lebensqualität chronisch kranker Menschen in der Stadt Hamburg beschreiben und welche Faktoren beeinflussen sie?
- Wie nehmen chronisch kranke Menschen das Versorgungs- und Informationsangebot für chronisch kranke Menschen der Stadt Hamburg wahr und welche Verbesserungswünsche haben sie?

3.3.2.1 Studiendesign und Stichprobenzugang

Grundlage für die Datenerhebung stellten drei Gruppen von chronisch kranken Menschen dar: Diabetes-, Rheuma- und Schlaganfallbetroffene. Eine Schwierigkeit dieses Projektes war weniger die Erfassung von komplexen Phänomenen wie gesundheitsbezogene Lebensqualität oder wahrgenommenes Versorgungsangebot, sondern das Erreichen von und der Zugang zu Personen, die an dieser Untersuchung beteiligt werden können und dies auch durch eine standardisierte Befragung ermöglichen.

Im Prinzip ist die Erreichbarkeit der zu befragenden Personengruppe ein wissenschaftliches Problem, das sich für viele Untersuchungen stellt. Würde man eine Befragung planen, in der ein repräsentativer Teil der gesamten Bevölkerung eingeschlossen wäre, hätte man aufgrund der insgesamt eher geringen Anzahl chronisch kranker Menschen eine eher kleine Personengruppe zur Befragung zur Verfügung. Würde man hingegen z. B. über Arztpraxen gehen, in denen Personen mit chronischen Krankheiten behandelt wurden, würde man zwar eine größere Zahl zu Befragender gewinnen, hätte aber die Menschen in unterschiedlichen Stadien ihrer Behandlung mit einbezogen, in der Aspekte der kommunalen Versorgung wahrscheinlich weniger wichtig sind. Zudem wären auch hier keine Möglichkeiten vorhanden, Aussagen hinsichtlich der Repräsentativität zu machen, da es sich bei diesem Zugang ausschließlich um Fälle handeln würde, die über ihre Behandlung bekannt sind.

Deswegen wurden in der vorliegenden Untersuchung Personen angesprochen, die bereits auf kommunaler Ebene organisiert und engagiert sind, nämlich in Patientenorganisationen. Zwar sind natürlich auch bei dieser Wahl des Vorgehens nicht alle Menschen mit chronischer Krankheit repräsentiert, allerdings erlaubt die Kooperation mit Personen, die in Patientenorganisationen aktiv sind, einen Einblick in die Probleme und Belange, die von den Patienten auch stellvertretend für die gesamte Gruppe der chronisch erkrankten Personen zu erwarten sind. Darüber hinaus bestand bereits ein enger Kontakt zwischen den Patientenorganisationen und der Behörde, so dass die Kooperation mit den Patientenorganisationen von allen beteiligten Seiten für optimal gehalten wurde.

In die Planung der konkreten Untersuchung wurden dann auch Mitglieder der Patientenorganisationen intensiv mit einbezogen. Dies betrifft sowohl die Auswahl der wissenschaftlich zu bearbeitenden Fragestellungen als auch die Bereiche, die in der Untersuchung operationalisiert wurden. Ohne diese wertvolle Mithilfe der Vertreter von

Patientenorganisationen und Selbstbetroffenen hätte die Untersuchung nicht die Interessen und Belange der von chronischer Krankheit betroffenen Menschen berücksichtigen können und wäre auch von den Mitgliedern der Patientenorganisationen sicherlich nicht so akzeptiert worden. Im Vorfeld der Untersuchung wurde eine intensive Planungsphase durchgeführt, in der mehrfach Gespräche und Diskussionen, z. T. in Selbsthilfegruppen, über das Projekt stattfanden und aus denen wertvolle Anregungen für die Gesamtfragestellung der Untersuchung gewonnen werden konnten. Im Folgenden wird die Planung und Durchführung der Untersuchung dargestellt. Dabei wird auf die Durchführung der Untersuchung und auf das eingesetzte Instrumentarium eingegangen.

3.3.3 Untersuchungsdurchführung

Wesentliche Einschlusskriterien für die Untersuchung waren

- Art der Erkrankung (Diabetes mellitus, rheumatische Erkrankungen, Zustand nach Schlaganfall)
- Alter (18-85 Jahre)
- ausreichende schrift/sprachliche Kenntnisse

Insgesamt wurden 950 Mitglieder des Diabetiker-Bundes (Landesverband Hamburg), 1.980 Mitglieder der Rheuma-Liga (Landesverband Hamburg) sowie 650 ehemalige Patienten der neurologischen Abteilung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit Schlaganfall und 100 Teilnehmer aus Schlaganfallselbsthilfegruppen (einschließlich Aphasiker) einbezogen. Die Untersuchung wurde als standardisierte Befragung in Form eines Telefoninterviews angelegt. Die Möglichkeit, schriftlich zu antworten, bestand für Schlaganfallbetroffene ebenfalls²⁵. Die Information über die Inhalte und den Gegenstand der Studie wurde entweder per Anlage zu dem regulären an Mitglieder versendeten Nachrichtenblatt der Patientenorganisationen hinzugefügt bzw. als Extrabrief verschickt²⁶. Beigelegt war eine vorfrankierte Rückantwortkarte, so dass die Interessierten durch Rücksendung der Antwortkarte ihr Interesse an einer Teilnahme an der Untersuchung signalisieren konnten und eine direkte Kontaktauf-

²⁵ Dies war für die Gruppe der Aphasiker von Bedeutung, da bei diesen Personen die Sprechfähigkeit extrem eingeschränkt ist.

²⁶ Diese Möglichkeit wurde für die Gruppe der Rheumatiker und der Diabetiker genutzt, da diese zentrale Mitteilungsblätter ihrer Dachorganisation haben. Für Schlaganfallbetroffene bestand diese Möglichkeit nicht.

nahme von Seiten der Abteilung für Medizinische Psychologie möglich war. Dem Antrag auf Durchführung der Untersuchung wurde von der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg stattgegeben.

Bei Rücksendung einer unterzeichneten Einverständniserklärung sowie Angabe eines günstigen Termines für einen Telefonanruf erfolgte entweder ein Telefoninterview oder der Fragebogen wurde inklusive Freiumschlag zugesandt. Das Interview wurde durch geschulte Interviewer eines von der Abteilung für Medizinische Psychologie beauftragten Sozialforschungsinstitutes²⁷ durchgeführt.

Erreichte Stichprobe

Insgesamt konnten 750 Personen befragt werden, davon 188 mittels schriftlichem Fragebogen. Von insgesamt 575 Adressen, die für die telefonische Befragung zur Verfügung standen, konnten 558 Interviews realisiert werden (97.0%). Die Ausfälle konzentrieren sich auf die Schlaganfallgruppe aufgrund fehlender Verständigungsmöglichkeiten.

Ein Vergleich des Einsatzes von Telefoninterview gegenüber schriftlicher Befragung bei der Schlaganfallgruppe ergab, dass deutlich mehr fehlende Angaben und falsch ausgefüllte Fragebögen bei den schriftlich bearbeiteten Fragebögen zu verzeichnen waren als dies bei den Telefoninterviews der Fall war. Die Dauer der Telefonbefragung war bei der Schlaganfallgruppe zwar deutlich länger als bei der Diabetes- und Rheumagruppe, insgesamt führte dies jedoch im Vergleich zu den schriftlich bearbeiteten Fragebögen zu mehr beantworteten Fragen (also weniger missing values). Die durchschnittliche Dauer des Gespräches betrug für die Gruppe „Diabetes mellitus“ 54.15 Minuten, für die Gruppe „Schlaganfall“ 70 Minuten und für die Gruppe „rheumatische Erkrankungen“ 53.84 Minuten. Tabelle 34 stellt den Rücklauf für die einzelnen Gruppen dar.

²⁷ MODUS, Institut für angewandte Sozial- und Wirtschaftsforschung, Bamberg

Tabelle 34 Rücklaufquote - Studie B

| Erkrankung | Teilnehmer | Angeschriebene | Rücklauf % |
|-------------------|------------|----------------|------------|
| Diabetes mellitus | 207 | 950 | 21.8 |
| Rheuma | 251 | 1980 | 12.8 |
| Schlaganfall | 288 | 750 | 38.4 |
| Gesamt | 746 | 3680 | 20.3 |

Auf den ersten Blick erscheint die Höhe der erreichten Stichprobe im Vergleich zur angestrebten Grundgesamtheit als außerordentlich unbefriedigend, schließlich konnten nur 20.3% der angeschriebenen Betroffenen befragt werden (vgl. Tabelle 34). Aufgrund der Fragestellung erschien dieser Umstand aber nicht sehr problematisch, da in erster Linie eine Subgruppenanalyse – eben die erreichten Personen – im Vordergrund stand und es von Bedeutung war, überhaupt Anhaltspunkte für die Versorgungslage und deren Bewertung von chronisch Kranken in Hamburg zu erhalten. Für die hier dargestellte Arbeit ergab sich durch die hier erhobene Gruppe chronisch kranker Menschen die einmalige Möglichkeit, ein außerordentlich heterogenes Kollektiv chronisch kranker Menschen zu erhalten und dieses mittels einer gänzlich neuen Fragestellung zu bearbeiten.

Erhebungsverfahren

Das Telefoninterview und der Fragebogen wurde modular aufgebaut²⁸. Dabei wurden Fragen zur Wohnsituation und -umgebung, gesundheitsbezogenen Lebensqualität, sozialen Unterstützung, zum Erleben der Erkrankung, zu Mobilität, Behandlung, kommunalen Dienstleistungen sowie Fragen zu Erkrankungen, zur Lebenszufriedenheit, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Soziodemografie erhoben. Ergänzt wurde dieses Standardrepertoire, das allen Teilnehmern vorgelegt wurde, durch krankheitsspezifische Befragungsmodule zu Diabetes mellitus, Schlaganfall bzw. rheumatischen Erkrankungen. Die verwendeten Fragen stammen größtenteils aus standardisierten Fragebögen repräsentativer Untersuchungen – Fragen zur Wohnsituation, sozialen Unterstützung, Erleben der Erkrankung und kommunalen Dienstleistungen wurden zum Teil neu konstruiert. Die Fragen aus den

²⁸ Siehe hierzu den im Anhang befindlichen Fragebogen

standardisierten Instrumenten wurden bereits ausnahmslos im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit den Analyseebenen zugewiesen und besprochen. Tabelle 35 gibt einen Überblick über die eingesetzten Fragebögen und Module.

Tabelle 35 Übersicht der in Studie B eingesetzten Verfahren und deren Zuordnung im Kausalmodell

| Modul | Instrument | Autor | Einordnung | |
|---|--|--|-------------|-------------|
| Gesundheitszustand | | | körperlich | Mikro-Ebene |
| A | Krankheiten | | | |
| B | subjektive Gesundheit | s. u. | | |
| C | Selbstberichtete Schwere der Erkrankung (in % Platz im Leben) | eigene Entwicklung | | |
| Befinden, Lebensqualität | | | psychisch | |
| D | Nottingham Health Profile (NHP) | Kohlmann et al., 1997 | | |
| E | SF-12/36 | Bullinger & Kirchberger, 1998 | | |
| Bewertung von Stadt und Versorgung | | | Meso-Ebene | |
| F | Mobilität | eigene Entwicklung | | |
| G | Versorgung | eigene Entwicklung | | |
| Person | | | | |
| H | Lonelines Scale/Soziale Isolierung | Badura et al., 1987 | | |
| I | Soziale Unterstützung | | | |
| J | Lebenszufriedenheit | nach Hoffmeister et al., 1988 | | |
| K | Krankheitsbelastungsskala/-erleben | Badura et al., 1987 | | |
| L | Sense of mastery/ Kontrollüberzeugung | Badura et al., 1987 | | |
| Soziodemografie | | | Makro-Ebene | |
| M | Geschlecht | Deutsche Standardde- mografie - nach Jöckel et al., 1998 | | |
| | Alter | | | |
| | Familienstand | | | |
| | Lebenssituation | | | |
| | Einkommen | | | |
| | Schulabschluss | | | |
| | Berufsausbildung | | | |
| | Berufliche Stellung | | | |
| Versicherungsstatus | | | | |

Alle eingesetzten und für die vorliegende Arbeit wiederum herangezogenen Instrumente wurden bereits im theoretischen Teil der Arbeit diskutiert. Um jedoch zum einen die Lesbarkeit zu erhalten und zum anderem dem Standard zu entsprechen, werden die Erhebungsverfahren im empirischen Teil zu Beginn des entsprechenden Ergebnisteiles nochmals kurz dargestellt. Zusätzlich wurden die Instrumente in Tabelle 35 bereits den Modellebenen zugeordnet, so wie sie im theoretischen Teil der Arbeit definiert und bereits für die Darstellung der Studie A zugewiesen wurden (vgl. Tabelle 12).

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen deskriptiven Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Diese dienen in erster Linie dazu, die Rahmendaten der Studie zu beschreiben. Ergebnisse der initialen Fragestellungen sind dem Abschlussbericht zu entnehmen (Bullinger et al., 1999).

3.4 Deskriptive Ergebnisse Studie B

3.4.1 Soziale Ungleichheit - Studie B

Soziodemografie

Als soziodemografische Daten wurden das Geschlecht, das Geburtsdatum, die Nationalität und der Familienstand (ledig/verheiratet mit Partner lebend/verheiratet vom Partner getrennt lebend/geschieden, getrennt lebend/verwitwet) abgefragt. Zusätzlich wurde erhoben, wie viele Personen insgesamt im Haushalt leben und wie viele davon älter als 18 Jahre sind. Weiterhin wurde das monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder abgefragt. Darüber hinaus wurde der Schulabschluss sowie die berufliche Stellung abgefragt. Weiterhin wurde um die Angabe zum Erwerbsstatus gebeten, also ob die Befragten aktuell berufstätig sind und wenn ja, in welchem Umfang. Diese Abfrage der soziodemografischen Merkmale entspricht weitestgehend den Anforderungen der DAE (Jöckel et al., 1998).

3.4.1.1 Stichprobenbeschreibung²⁹

Die Stichprobe setzt sich aus 207 Personen mit Diabetes mellitus (52.5% vom Typ II), 288 Schlaganfallbetroffenen und 251 Personen mit rheumatischen Erkrankungen zusammen. Das Durchschnittsalter der Stichprobe von Personen mit rheumatischen Erkrankungen beträgt 60 [26;87] Jahre, für die Gruppe „Diabetes mellitus“ 57 [20;83] Jahre und für Personen mit Schlaganfall 66 [31;91] Jahre – für die Gesamtgruppe beträgt das mittlere Alter 61 Jahre mit einem range von [20;91]. Insgesamt nahmen 209 weibliche (83.3%) und 42 männliche (16.7%) Personen mit rheumatischen Erkrankungen, 112 weibliche (54.1%) und 95 männliche (45.9%) Personen mit Diabetes mellitus bzw. 182 (63.6%) männliche und 104 (36.4%) weibliche Schlaganfallbetroffene an der Studie teil. Insgesamt betrachtet nahmen also mehr weibliche Personen an der Studie teil. Tabelle 36 verdeutlicht die wesentlichen Verteilungskennwerte der erhobenen Stichprobe und bezieht sich dabei nicht mehr auf die drei Diagnosegruppen.

²⁹ Die für die Stichprobenbeschreibung wesentlichen Variablen sind in Tabelle 35 unter der Rubrik Modul M zu finden.

Tabelle 36 Stichprobenbeschreibung nach den wesentlichen soziodemografischen Merkmalen

| | Ausprägung | Häufigkeit | Prozent |
|---|---|-------------------|----------------|
| Geschlecht | weiblich | 425 | 57.1 |
| | männlich | 319 | 42.9 |
| | keine Angabe: n= 2 | | |
| Familienstand | ledig | 119 | 16.1 |
| | verheiratet, mit Ehepartner lebend | 425 | 57.7 |
| | verheiratet, vom Ehepartner getrennt lebend | 8 | 1.1 |
| | verwitwet | 106 | 10.7 |
| | geschieden/ getrennt lebend | 79 | 14.4 |
| Lebenssituation | keine Angabe: n= 9 | | |
| | allein lebend | 260 | 35.3 |
| | nicht allein lebend | 477 | 64.7 |
| Wenn nicht allein lebend, wieviel Personen im Haushalt | keine Angabe: n=9 | | |
| | 1 | 40 | 8.6 |
| | 2 | 347 | 74.8 |
| | 3 | 40 | 8.6 |
| | 4 | 24 | 5.2 |
| | > 4 | 13 | 2.8 |
| Alter | keine Angabe: n=13 | | |
| | jünger als 20 | 1 | 0.1 |
| | 21-30 | 13 | 1.7 |
| | 31-40 | 52 | 7.0 |
| | 41-50 | 81 | 10.9 |
| | 51-60 | 174 | 23.3 |
| | älter als 61 | 411 | 55.1 |
| Schulabschluss | keine Angabe: n= 14 | | |
| | keinen Abschluss | 7 | 1.0 |
| | Haupt-/Volksschule | 326 | 44.4 |
| | mittlere Reife | 230 | 31.1 |
| | Polytechnische Oberschule | 1 | 0.1 |
| | Fachhochschule | 37 | 5.0 |
| | Abitur/Allgemeine Hochschulreife | 128 | 17.4 |
| | anderes | 5 | 0.7 |
| Berufsausbildung | keine Angabe: n= 12 | | |
| | un-, angelernte Arbeiter | 37 | 5.2 |
| | sonstiges (AZUBI, Wehrpflichtiger etc.) | 10 | 1.4 |
| | Fach-, Vorarbeiter | 68 | 9.5 |
| | Kolonnenführer, Meister | 11 | 1.5 |
| | Selbständiger Landwirt | 3 | 0.4 |
| | Akademiker im freien Beruf | 13 | 1.8 |
| | selbständig im Handel, Gewerbe etc. | 15 | 2.1 |
| | mit bis zu 9 Angestellten | 21 | 2.9 |
| | mit mehr als 9 Angestellten | 7 | 1.0 |
| | Angestellter - einfache Tätigkeit | 78 | 10.9 |
| | Angestellter - schwierige Tätigkeit | 278 | 38.7 |
| | Angestellter - leitende Tätigkeit | 90 | 12.5 |
| | Angestellter - umfassende Tätigkeit | 25 | 3.5 |
| | Beamter - einfacher Dienst | 3 | 0.4 |
| Beamter - mittlerer Dienst | 20 | 2.8 | |

| | | |
|------------------------------------|----|-----|
| Beamter - gehobener/höherer Dienst | 39 | 5.4 |
| keine Angabe: n= 28 | | |

Während im eigentlichen Abschlussbericht der Untersuchung ein Schwerpunkt in der diagnosespezifischen Auswertung lag, wird diese Strategie für die hier vorgelegte Arbeit aufgegeben, da sie nicht mehr der neu konzipierten Fragestellung entspricht.

Tabelle 36 zeigt die wesentlichen soziodemografischen Kennwerte der Hamburger Lebensqualitätsuntersuchung auf. Ein Großteil der Studienteilnehmer waren Frauen (57.1 %). Der Familienstand entspricht bei den untersuchten Personen in Reihenfolge verheiratet (57.7%) - ledig (16.1%) - verwitwet (10.7%). Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass immerhin 25.3% der Befragten allein leben. Mehr als die Hälfte (55.1%) sind älter als 61 Jahre. 76.5% der Befragten haben einen Schulabschluss, der bis zum Realschulabschluss reicht. Dies bedeutet, dass lediglich 23.5% der Untersuchten einen höheren Schulabschluß besitzen. Für die berufliche Stellung der Untersuchungsstichprobe bleibt zu sagen, dass nach einer Feingliederung der Variable deutlich wird, dass über 65% der Befragten der Statusgruppe der Angestellten zuzuordnen sind.

Subjektive Bewertung des Wohnumfeldes

Fast die Hälfte der Befragte beklagen den Straßenverkehr in ihrer Wohngegend, 45% geben an, dass es zu viel Straßenverkehr gibt. Luftverschmutzung wird von 37.3% als Problem gesehen, während die Zufriedenheit mit dem Vorhandensein der Grünflächen groß ist (89.2%). Unter unfreundlichen Nachbarn leiden 15.3% der Befragten, unter schlechten Verkehrsanbindungen 10.6% und unter Autolärm 34.4%. Die meisten Befragten empfinden nicht, dass in ihrer Wohngegend genügend Einkaufsmöglichkeiten vorhanden sind (71.4%). Lärm von U- oder S-Bahn empfinden 11.5%, Fluglärm 24.7% und über zu wenig Erholungsmöglichkeiten klagen 11%. Mangelnde Sicherheit wird von 23.8% als Problem angesehen. Die Mehrheit der Befragten (97.2%) würde anderen empfehlen, in die eigene Wohngegend zu ziehen. Die 94 Personen, die das nicht würden, sehen Nachteile im sozialen Umfeld (Lärm, Probleme mit ausländischen Mitbürgern, Kriminalität sowie geringe Wohnqualität). 23.2% haben daran gedacht, die Wohngegend oder den Stadtteil zu wechseln. Diejenigen, die daran gedacht haben, würden dies aus gesundheitlichen Gründen, aufgrund der geringen Wohnungsgröße, Familie/Freunden oder zu viel Lärm bzw. den Wunsch nach mehr Grün oder besse-

rem sozialen Umfeld tun. Die Bewertung der Wohngegend fällt „gut“ bis „befriedigend“ aus, fast die Hälfte der Befragten gibt der Wohngegend die Note 2 (48.3%).

3.4.1.2 Operationalisierung Sozialer Ungleichheit in Studie B nach Scheuch

Anders als in der Studie A bieten sich in Studie B die Möglichkeiten einen additiven Index zu bilden, wie er beispielsweise von Scheuch vorgeschlagen wird (Winkler, 1998). Im folgenden Abschnitt werden die hierzu erforderlichen drei Einzeldimensionen dargestellt, ein Vergleich mit externen Daten vorgestellt und abschließend eine Anpassung zur Verteilung vorgeschlagen, so wie sie in Studie A vorgenommen werden musste.

Wie Tabelle 37 zeigt, verteilen sich ca. 84% der Befragten auf eher untere bis mittlere Bildungskategorien. Lediglich 16.3% der Studienteilnehmer haben Abitur bzw. Abitur in Verbindung mit einem Hochschulabschluss.

Tabelle 37 Häufigkeitsverteilung der Bildungsvariable nach Scheuch in Studie B

| Punktwert | Bildungskombination | Häufigkeit | Häufigkeit in % |
|-----------|--|------------|-----------------|
| 1 | kein Schulabschluss / ohne Ausbildung | 2 | .3 |
| 2 | Volks-, Hauptschulabschluss / ohne Ausbildung | 57 | 8.6 |
| 3 | Realschule, Mittlere Reife o. Fachschulreife / ohne Ausbildung | 11 | 1.7 |
| 4 | Volks-, Hauptschulabschluss / mit Lehre oder kein Schulabschluss / mit Lehre oder Fachschule, Ingenieurschule | 226 | 34.2 |
| 5 | Volks-, Hauptschulabschluss / mit Fachschule, Ingenieurschule oder Realschule, Mittlere Reife o. Fachschulreife / mit Lehre oder Fachschule, Ingenieurschule | 257 | 38.9 |
| 6 | Abitur / ohne Ausbildung, oder mit Lehre oder mit Fachschule, Ingenieurschule | 57 | 8.6 |
| 7 | Abitur oder andere Bildungsabschlüsse / und Hochschulausbildung | 51 | 7.7 |
| Gesamt | | 661 | 100.0 |

Eine ähnliche Verteilung wie die des Schulabschlusses zeigt sich auch bei der Darstellung der beruflichen Stellung (vgl. Tabelle 38). Hier sind es die Kategorien Beamte im einfachen bzw. im mittleren Dienst und Selbständige, die 71.1% der Befragten auf sich vereinigen.

Tabelle 38 Häufigkeitsverteilung der beruflichen Stellung nach Scheuch in Studie B

| Punktwert | Berufliche Stellung | Häufigkeit | Häufigkeit in % |
|-----------|--|------------|-----------------|
| 1 | ungelernte Arbeiter, sonstige | 47 | 6.4 |
| 2 | angelernte Arbeiter, gelernte und Facharbeiter, selbständige Landwirte | 76 | 10.4 |
| 3 | Beamte einfacher Dienst, Vorarbeiter und Kolonnenführer, Meister u. Poliere, mithelfende Angehörige, Angestellte mit einfachen Tätigkeiten | 92 | 12.6 |
| 4 | Beamte mittlerer Dienst, Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit | 304 | 41.5 |
| 5 | Selbständige mit max. 9 Angestellten | 128 | 17.5 |
| 6 | Beamter gehobener Dienst, Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion, freie Berufe und selbständige Akademiker | 53 | 7.2 |
| 7 | Beamte höherer Dienst, Angestellte mit Führungsaufgaben, Selbständige mit mindestens 10 Angestellten | 32 | 4.4 |
| Gesamt | | 732 | 100.0 |

Vergleicht man hingegen das Familiennettoeinkommen der Befragten mit den entsprechenden Schul- und Berufskategorien, so fällt auf, dass zwar auch hier ein großer Teil der Befragten sich eher mittleren Einkommensklassen zurechnet, jedoch über 10% ein Familiennettoeinkommen haben, das im Monat über DM 6000.- liegt (vgl. Tabelle 39).

Tabelle 39 Häufigkeitsverteilung der Variable Familiennettoeinkommen nach Scheuch in Studie B

| Punktwert | HAUSHALTSNETTOEINKOMMEN | Häufigkeit | Häufigkeit in % |
|-----------|-------------------------|------------|-----------------|
| 1 | UNTER 1000 DM | 13 | 1.9 |
| 2 | 1000 - 2000 DM | 95 | 14.1 |
| 3 | 2000 - 3000 DM | 181 | 26.8 |
| 4 | 3000 - 4000 DM | 147 | 21.7 |
| 5 | 4000 - 5000 DM | 106 | 15.7 |
| 6 | 5000 - 6000 DM | 60 | 8.9 |
| 7 | 6000 DM UND MEHR | 74 | 10.9 |
| Gesamt | | 676 | 100.0 |

Die aus der additiven Kombination der drei vorangestellten Dimensionen Bildung, berufliche Stellung und Familiennettoeinkommen hervorgegangene Darstellung eines Ungleichheitsmaßes nach Scheuch/Winkler wird in folgender Abbildung 35 dargestellt. Auch hier zeigt sich eine Konzentration auf mittlere soziale Lagen. Die Besetzung der unteren Ausprägungen ist eher schwach. So wird beispielsweise die niedrigste Kategorie 3 überhaupt nicht besetzt.

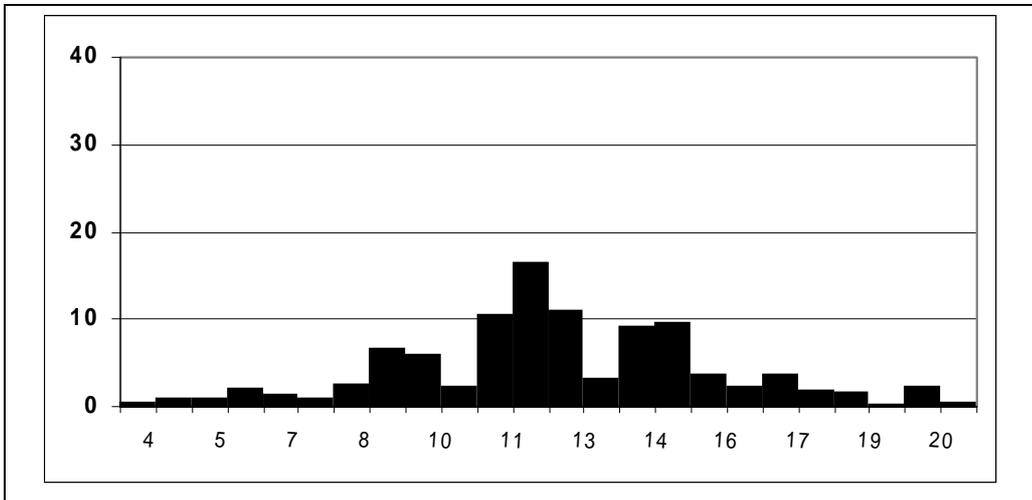


Abbildung 35 Scheuch/Winkler-Index in Studie B - Häufigkeitsverteilung in %

Bei der Betrachtung der Häufigkeitsverteilung fällt auf, dass auch mittlere Kategorien wie beispielsweise 10.5 abgebildet sind. Dies begründet sich durch die Möglichkeit, dass, wenn bei einer der drei Basisdimensionen ein Wert fehlt, dieser durch den Mittelwert der beiden vorhandenen ersetzt werden kann (Winkler, 1998).

Anpassung an die Bildungskategorien der Studie A

Im folgenden Abschnitt soll kurz auf die Möglichkeit eines Vergleiches zwischen den Bildungsständen in beiden Untersuchungen eingegangen werden. Dabei sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass innerhalb der Studie A die Kategorie „Kein Schulabschluss“ nicht vorgesehen war, so dass die folgenden Ergebnisse unter dieser Einschränkung betrachtet werden müssen.

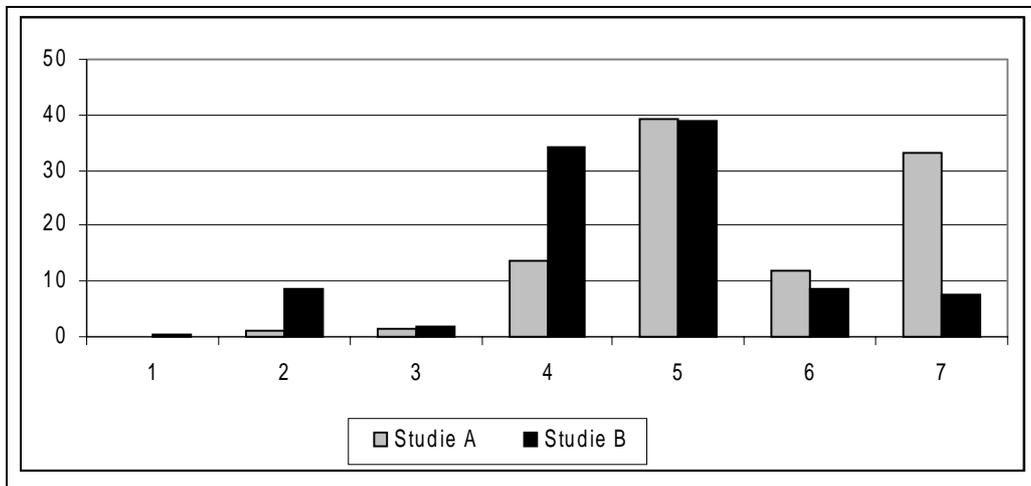


Abbildung 36 Vergleich der Bildungsabschlüsse in Studie A und B - Häufigkeitsverteilung in %

Wie die Abbildung 36 zeigt, gibt es hinsichtlich der Bildungsverteilung zwischen beiden Untersuchungen nur in ausgewählten Bereichen Überschneidungen. Es sind dabei die Kategorien „Volks-/Hauptschulabschluss mit Fachschule oder Realschule mit Lehre“ (Kategorie 5) sowie die Kategorie 6 „Abitur ohne Ausbildung oder mit Lehre“, in denen sich relativ gleich viele Befragte in beiden Untersuchungen wiederfinden. Unterschiede gibt es hinsichtlich der Kategorie 7 „Abitur mit Hochschulabschluss“ sowie Kategorie 2 „Volks-, Hauptschulabschluss ohne Ausbildung“, die sich auch in einem signifikanten Unterschied im χ^2 -Test widerspiegeln ($\chi^2=459.1$; $df=6$; $p<.001$).

3.4.2 Psychosoziale Lebenskontexte - Studie B

Die vorangegangenen Abschnitte bezogen sich eher auf sozialstrukturelle Aspekte der Lebenssituation der Befragten. Im Folgenden werden die deskriptiven Ergebnisse vorgestellt, die der Meso-Ebene zuzuordnen sind (vgl. Tabelle 35):

- Lebenszufriedenheit
- gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung
- Einsamkeit und soziale Unterstützung
- Gesundheitsverhalten und Krankheitsbelastung
- Alltagsbewältigung
- Ausmaß der Erkrankung und Zurechtkommen damit

sowie eher strukturelle Aspekte der Meso-Ebene. Dabei handelt es sich um Bereiche, die die Selbstbeurteilung der Befragten von Versorgungsmöglichkeiten bzw. Erreichbarkeit von Arzt und Apotheke sowie ausgewählte ökologische Aspekte betreffen.

Lebenszufriedenheit

Eine Skala mit insgesamt zehn Items bezog sich darauf, wie zufrieden die Teilnehmer/innen der Untersuchung in verschiedenen Bereichen ihres Lebens sind. Hier wurde ein Instrument eingesetzt, das ursprünglich aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie stammt und im Original aus acht Items bestand (vgl. Hoffmeister et al., 1988). Dabei werden die Bereiche Arbeit, finanzielle Lage, Freizeit, Gesundheit, familiäre Situation, Beziehung zu Nachbarn und Freunden, Ehe/Partnerschaft sowie eine globale Frage nach der Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt gestellt. Im vorliegenden Untersuchungszusammenhang wurden zusätzlich drei weitere Items aufgenommen, die die Zufriedenheit mit der Wohnung, dem Wohnort und dem Wohngebiet abfragen. Im Gegenzug wurde die Frage nach der Zufriedenheit mit der Ehe/Partnerschaft entnommen. Der Mittelwert für die Gesamtstichprobe liegt bei 5.4 (Standardabweichung .73; range 1;7) und der Median bei 5.5 (dabei ist ein Wert im oberen Bereich Kennzeichen für eine hohe Lebenszufriedenheit). Insgesamt ergab sich eine hohe Zufriedenheit. Bei der Betrachtung der einzelnen Aspekte der Lebenszufriedenheit kann berichtet werden, dass die höchste Unzufriedenheit in den Bereichen ‚Gesundheit‘ (11.8%), ‚Arbeitssituation‘ (4.9%) und der ‚finanziellen Lage‘ (2.8%) bestand (vgl. Abbildung 37).

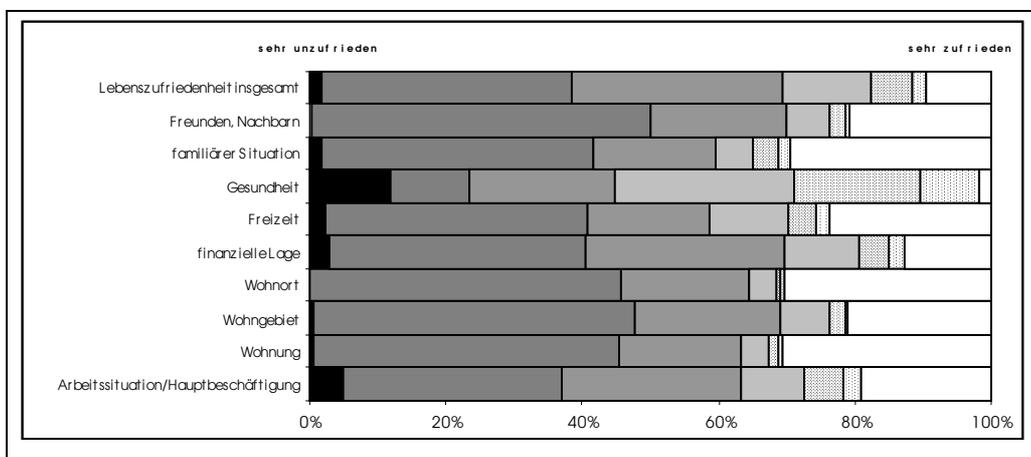


Abbildung 37 Aspekte der Lebenszufriedenheit - Studie B

Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung

Hier handelt es sich um eine in der Sozialepidemiologie wichtige Dimension des Selbstkonzeptes (vgl. auch die Ausführungen in Kapitel 2.2). Diese beschreibt das Gefühl, in ausgewählten Situationen „Herr der Lage“ zu sein. In Anlehnung an das Konzept der Kontrollüberzeugung von Rotter bzw. der Selbst-Wirksamkeit von Bandura hat dieses Instrument insbesondere in der Rehabilitationsforschung eine Bedeutung für eine gelungene Krankheitsbewältigung (Badura et al., 1987). Die hier verwendete Skala besteht ursprünglich aus 7 Items³⁰. Im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung der Untersuchung wurde aus projektspezifischen Gründen auf das siebte Item verzichtet. Von den verbleibenden 6 Items lassen sich vier einer Dimension „Fatalismus“ und zwei einer mit dem Namen „Selbstvertrauen“ zuordnen. Beide haben einen range von 1 bis 4. Der Mittelwert der Skala Fatalismus liegt bei 1.9 (Median 1.8) – der der Skala Selbstvertrauen liegt bei 3.2 (Median 3.5). Nach entsprechender Polung kann zusammengefasst werden, dass die Befragten über ein hohes Selbstvertrauen verfügen und nur wenig Tendenz zum Fatalismus zeigen.

³⁰ Siehe für die Items den Fragebogen Studie B im Anhang unter der Rubrik „Lebensqualität...“ und dort die Itematterie E4.

Einsamkeit und soziale Unterstützung

Bei dem hier eingesetzten Fragebogen zur empirischen Erfassung eines Einsamkeitsgefühls handelt es sich um die deutsche Version der sogenannten „loneliness scale“ von Russell (Russell et al., 1980), die auch in Untersuchungen, die bereits im theoretischen Teil der Arbeit Erwähnung fanden (vgl. Kapitel 2.2), eingesetzt wurde (Badura et al., 1987; Schulz et al., 1998). Dieses aus elf Items bestehende Selbstbeurteilungsverfahren misst Einsamkeit als gegenläufiges Konzept zur sozialen Unterstützung. Es handelt sich um ein eindimensionales Konstrukt, das vierfach skaliert ist von ‚trifft voll und ganz zu‘ bis ‚trifft überhaupt nicht zu‘. Nach Umkodierung der entsprechenden Items wurde für die hier untersuchte Population ein Mittelwert von 1.7 (range 1=keine Einsamkeit bis 4=starke Einsamkeit) und ein Median von 1.5 ermittelt. Somit kann auch unter Berücksichtigung der Skala soziale Unterstützung davon ausgegangen werden, dass die hier befragten chronisch kranken Menschen in Hamburg sehr gut in soziale Netze eingebettet sind und häufige Kontakte zu Mitmenschen haben.

Eine aus insgesamt vier Items bestehende Skala *Soziale Unterstützung* beschreibt inhaltlich Aktivitäten des täglichen Lebens, indem der Kontakt mit anderen Menschen über vorgekommene Telefonate, Besuche, gesellige Aktivitäten bzw. gemeinsame Unternehmungen abgefragt wird. Die Summenskala reicht von 1 (geringe soziale Unterstützung) bis 4 (ausgeprägte soziale Unterstützung). In der hier untersuchten Hamburger Population beträgt der Mittelwert 2.5 und der Median ebenfalls 2.5. Somit kann gefolgert werden, dass die Gesamtstichprobe tendenziell eher über eine größere soziale Unterstützung verfügt.

Ableitbar aus der Situation von *Familienstand* und *Lebenssituation* besteht innerhalb der Studie B über die Skala hinaus die Möglichkeit soziale Unterstützung zu erfassen. Dabei zeigte sich, dass 16% der Befragten ledig sind, 57.8% verheiratet sind und mit ihrem Partner zusammen leben, 1.1% zwar verheiratet aber von ihrem Partner getrennt sind, 10.7% der Befragten geschieden und 14.4% verwitwet sind. Insgesamt leben 35.3% aller Studienteilnehmer allein. Die mittlere Zahl der im jeweiligen Haushalt lebenden Personen – die Befragten selbst sind mit eingeschlossen – beträgt 2.2. Dabei zeigte eine bivariate Korrelation mit „Anzahl der im Haushalt lebenden Personen“ auf der einen und „Einsamkeit“ bzw. „Skala soziale Unterstützung“ auf der anderen einen Zusammenhang von null, so dass davon ausgegangen werden muss, dass alle drei hier untersuchten Merkmale etwas Unterschiedliches abbilden. Für die weitere Prüfung des Einflusses auf soziale Unterstützung bzw. auf Einsamkeit durch den Familienstand zeigte sich ein heterogenes Ergebnis. In einer Varianzanalyse (ANO-

VA) mit dem Faktor Familienstand – hier sind für die weiteren Analysen die Ausprägungen „verheiratet, aber vom Partner getrennt lebend“ und „geschieden“ zusammengefasst worden – und den abhängigen Variablen soziale Unterstützung bzw. Einsamkeit, zeigte sich folgendes Ergebnis: Während für die Skala „Einsamkeit“ das Ergebnis erwartungsgemäß dahingehend ausfiel, dass die höchste Einsamkeit für die neue Gruppe „verheiratet aber getrennt lebend/geschieden“ und die geringste für die Gruppe „verheiratet, mit Partner lebend“ ($F= 8.8$; $df=3$; $p \leq .001$) bestand, konnte für die Skala „Soziale Unterstützung“ kein Unterschied hinsichtlich des Faktors Familienstand gefunden werden. Es kann somit zusammengefasst werden, dass die hier vorgeschlagene Form der Abbildung sozialer Unterstützung etwas anderes darstellt als mögliche Unterstützungsaspekte des Familienstandes und der Einsamkeit – dies zeigt sich auch durch die erstaunlich geringe Korrelation zwischen „Sozialer Unterstützung“ und „Einsamkeit“ ($r=-.47$; $p \leq .001$).

Gesundheitsverhalten und Krankheitsbelastung

In der hier zugrundegelegten Studie B ist kein Maß zur Abbildung des Gesundheitsverhaltens aufgenommen worden. Unter Rückgriff auf die Ergebnisse der Studie A wurden dort die Maße „Raucher“ und „selbstberichtete Fitness“ herangezogen (vgl. Tabelle 16). Spezifisch für die in der Studie B befragten chronisch kranken Menschen wurden jedoch einige Fragen vorgelegt, die Auskunft über das Ausmaß der Krankheitsbelastung und einige Hinweise erhoben, die Anhaltspunkte über die körperlich orientierte Beweglichkeit als Maß der Alltagsbewältigung (ADL) bzw. über das Ausmaß der Erkrankung im Leben der Befragten geben. Eine häufig in sozialepidemiologischen Untersuchungen anzutreffende Frage betrifft das Zurechtkommen der Personen mit ihrer Erkrankung.

Die *Krankheitsbelastungsskala* von Badura enthält vierzehn Items eines standardisierten Selbstbeurteilungsverfahrens mit einer vierstufigen Antwortvorgabe („sehr stark“ bis „gar nicht“) (Badura et al., 1987). In der Originalfassung besteht die Skala aus zwölf Items. Um Aussagen über den Prozess der Krankheitsbewältigung zu machen, ist eine wesentliche Voraussetzung die Bestimmung des Ausmaßes der aktuellen und potentiellen krankheitsbedingten Belastungen und deren subjektiver Bedeutung für den Patienten (Badura et al., 1987, S. 481). Nach Angaben der deutschen Autoren basiert die Skala auf den Vorstellungen von Cohen und Lazarus, die betont haben, „dass Krankheit nicht nur das physische Wohlbefinden bedroht, sondern auch das Selbstkonzept, das gesamte Einstellungssystem, Werte, Verpflichtungen und das emotionale Gleichgewicht“ (Badura et al., 1987, S. 481). Für die aus zwölf Items be-

stehende deutsche Originalversion wird eine hohe interne Konsistenz (Cronbach's $\alpha = .92$) und eine Test-Retest-Reliabilität von $r = .77$ (Badura et al., 1987, S. 482) berichtet. Im vorliegenden Untersuchungszusammenhang wurde ein Mittelwert von 2.4 (Standardabweichung .72) und ein Median von ebenfalls 2.4 erreicht, was bei der veränderten Codierung (1=gar nicht stark belastet; 4=sehr stark belastet) auf eine weniger starke Krankheitsbelastung hinweist.

Alltagsbewältigung und Pflege

Über die Krankheitsbelastung hinaus wurden den Personen noch eine Reihe Fragen zur eigenständigen Versorgung bzw. zur Pflege weiterer Personen in ihrem Haushalt gestellt. Auf die Frage hin, ob die Personen in der Lage sind sich vollständig allein zu versorgen, antworteten 72.8%, dass sie selbständig in der Lage sind sich zu versorgen. Lediglich 5.0% gaben an, selbst weitere Personen pflegen zu müssen.

16.8% der Befragten gaben an, selbst auf Pflege angewiesen zu sein. 2.4% machten keine näheren Angaben dahingehend, ob die Pflege von Angehörigen und/oder durch einen Pflegedienst geleistet wird. 66.9% wurden durch Angehörige und 19.4% wurden durch ambulante Pflegedienste gepflegt. 14 Personen (11.3%) gaben an, sowohl durch Angehörige wie auch durch ambulante Pflegedienste gepflegt zu werden.

In Anlehnung an eine ADL-Liste wurden die Personen gefragt, ob sie ohne die Hilfe Anderer in der Wohnung umhergehen können, die Wohnung verlassen, in der Nähe tägliche Einkäufe erledigen und in die Stadt beispielsweise mit dem Bus fahren können. Hieraus wurde eine Summenvariable gebildet, deren Mittelwert Auskunft über die eigene Beweglichkeit geben soll. Diese neue Variable konnte für insgesamt 98.7% der Stichprobe gebildet werden, für 10 Personen fehlten ausreichende Angaben in den Basisvariablen. 78.0% der Befragten erreichten in der Häufigkeitsauswertung den höchsten Wert (1.0), der auf die optimale Beweglichkeit hinweist. Hierüber gibt auch der hohe Mittelwert von .89 (Standardabweichung .25) bei einem möglichen range von 0 bis 1 Auskunft.

Ausmaß der Krankheit im Leben

Weitere Hinweise über die selbstberichtete Belastung durch die Erkrankung geben die Fragen „Wie sehr leiden Sie an Ihrer Erkrankung?“, „Wie gut kommen Sie mit Ihrer Erkrankung zurecht?“ sowie „Welchen Platz im Leben nimmt Ihre Krankheit ein (in Prozent)?“. Ein Mittelwert von 3.1 (Standardabweichung 1.2) auf einer Skala von 1

(„leide überhaupt nicht an meiner Erkrankung“) bis 5 („leide sehr an meiner Erkrankung“) gibt Auskunft darüber, dass die Befragten im Mittel mäßig an ihrer Erkrankung leiden. Auch das Zurechtkommen mit der Erkrankung weist mit einem Mittelwert von 2.5 (Standardabweichung .95) darauf hin, dass die Befragten im Mittel eher gut bis mittelmäßig mit ihrer Erkrankung zurechtkommen. Eher ungewöhnlich für standardisierte Untersuchungen war die Frage, ob die Personen den Platz ihrer Erkrankung im Leben prozentual bemessen können. Ein Wert von 42.1 (in %) weist darauf hin, dass bei den Befragten im Mittel fast die Hälfte ihres Lebens durch die Erkrankung bestimmt wird.

Komorbidität

Innerhalb der Studie B ist kein ‚klassisches Maß‘ zur Abbildung von Beschwerden, wie beispielsweise die Beschwerdeliste von von Zerssen, aufgenommen worden. Auf der anderen Seite wurden durch Vorgabe 17 Erkrankungen abgefragt, die zusätzlich einen Hinweis auf den Grad und das Ausmaß der Komorbidität geben sollen. Die folgende Darstellung zeigt zum einen, wie bereits in Studie A favorisiert, die dichotome Variable „Krankheit nicht vorhanden vs. Krankheit vorhanden“, auf und zum anderen wie häufig Mehrfachkombinationen vorkommen.

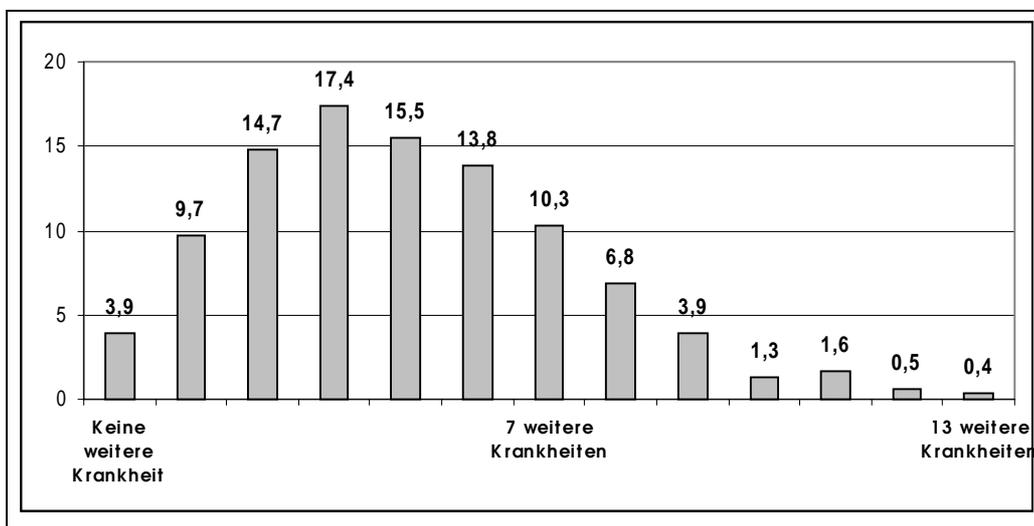


Abbildung 38 Häufigkeitsverteilung (in %) weiterer chronischer Erkrankungen - Studie B

Wie aus Abbildung 38 hervorgeht, geben lediglich 3.9% der Befragten an, unter keiner weiteren chronischen Erkrankung mehr zu leiden – gegenüber 17.4%, die angeben an mindestens drei weiteren chronischen Erkrankungen zu leiden.

Die folgende Tabelle 40 gibt einen Überblick der Variablen, die der Ebene der psychosozialen Einflüsse zugeordnet werden.

Tabelle 40 Verteilungskennwerte der Parameter auf der Meso-Ebene - Studie B

| Instrument | Mittelwert | Standardabweichung | Median | Range | N |
|----------------------------------|------------|--------------------|--------|---------|-----|
| Lebenszufriedenheit | 5.4 | .73 | 5.5 | 1 - 7 | 738 |
| Fatalismus | 1.9 | .78 | 1.8 | 1 - 4 | 730 |
| Selbstvertrauen | 3.1 | .75 | 3.3 | 1 - 4 | 735 |
| Einsamkeit | 1.7 | .49 | 1.5 | 1 - 4 | 736 |
| Soziale Unterstützung | 2.5 | .57 | 2.5 | 1 - 4 | 724 |
| Krankheitsbelastung | 2.4 | .72 | 2.4 | 1 - 4 | 730 |
| Alltagsbewältigung | .89 | .25 | 1.0 | 0 - 1 | 736 |
| Ausmaß der Erkrankung (in %) | 42.1 | 26.8 | 40.0 | 0 - 100 | 708 |
| Zurechtkommen mit der Erkrankung | 2.5 | .95 | 2.0 | 1 - 5 | 735 |
| Leiden unter der Erkrankung | 3.1 | 1.2 | 3.0 | 1 - 5 | 736 |
| Summe Krankheiten dichotomisiert | .96 | .19 | 1.0 | [0;1] | 746 |

Zusammenfassung

Insgesamt berichten die hier befragten chronisch kranken Menschen von einer relativ hohen Lebenszufriedenheit. Dabei waren sie nach der separaten Analyse der Items mit ihrer Gesundheit, ihrer Arbeitssituation sowie ihrer finanziellen Lage am unzufriedensten. Bei der Betrachtung der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen zeigte sich ein relativ hoher Grad an Selbstvertrauen und eine wenig ausgeprägte Tendenz zum Fatalismus. Wohl ein Abbild ihrer Einbindung in Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen stellt das hohe Ausmaß sozialer Unterstützung und damit einhergehend ein nur schwaches Einsamkeitsgefühl der Befragten dar. Dies findet zusätzlich seinen Niederschlag in der gering ausgeprägten Krankheitsbelastung und der damit verbundenen hohen Beweglichkeit (ADL), die konkret auf die Bewältigung von Alltagsaktivitäten abzielt. Fragt man jedoch nach dem Ausmaß der Erkrankung in

Prozent im Leben, so stellt ein Prozentsatz von ca. 42% ein relativ hohes Ausmaß dar – allerdings fehlen hier entsprechende Vergleichswerte aus anderen Untersuchungen. Eine Relativierung der in erster Linie psychosozial und auf die Unterstützung ihrer Mitmenschen orientierten Skalen findet durch die mehr persönlichen Fragestellungen nach dem Zurechtkommen mit der Erkrankung und dem Leiden an der Erkrankung statt. Hier zeigt sich, dass es sich um chronisch kranke Menschen handelt, die das selbstberichtete Zurechtkommen mit und das Leiden an der Erkrankung als mäßig bzw. mittelmäßig beschrieben.

Strukturelle Aspekte der Meso-Ebene

Eine Besonderheit in Studie B stellt die Bewertung von für chronisch kranke Menschen besonders wichtigen Aspekten des täglichen Lebens dar. Wie bereits in den Fragestellungen der Studie (vgl. Kapitel 3.3.1) erläutert, bestand eine Säule der Untersuchung darin, von Befragten Aspekte bewerten zu lassen, die sich grob mit ‚Kommunalen Dienstleistungen‘ aber auch mit der Frage nach krankheitsspezifischen Versorgungsleistungen wie Arzt und Apotheke umschreiben lassen. So wurde unter der Rubrik ‚Behandlung und Versorgung‘³¹ gefragt, wie die hier befragten Menschen ihre Versorgung mit ‚Arzt und Behandlung‘, spezifischen Aspekten der Lebenswelt, der Bewegungsfreiheit in der Stadt sowie die Versorgung mit ganz basalen Dingen wie Rolltreppen, Fahrstühlen, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten aber auch Grünanlagen in der Nähe ihrer Wohnung, bewerten.

Insgesamt wurden 29 Einzelitems zur Beantwortung vorgelegt, die thematisch vorsortiert den angesprochenen Lebensbereichen chronisch kranker Menschen zuzuordnen sind. Mittels explorativer Faktorenanalyse (nach VARIMAX Rotation) konnten aus den vorgegebenen 29 Fragen neun Faktoren gebildet werden. Die Faktoren erklären dabei insgesamt 57.5% der Gesamtvarianz. Nachdem die einzelnen neu gebildeten Faktoren einer psychometrischen Prüfung unterzogen wurden, zeigte sich jedoch, dass lediglich ein Faktor das in der Wissenschaft etablierte Kriterium eines Cronbach's α von $\geq .70$ mit einem Wert von $\alpha = .86$ erreichen konnte (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 184).

³¹ Vergleiche den Fragebogen der Studie B im Anhang - Komplex J

Dieser zukünftig als „Arzt und Behandlung“ bezeichnete Faktor umfasst alle sechs diesem Bereich vorab zugeordneten Items und umschreibt die von den Befragten eingeschätzte Behandlung durch ihren jeweils behandelnden Arzt.

Obwohl lediglich ein Cronbach's α von .63 erreicht wird, kommt eine weitere Skala in die Auswertung, da mit den darin enthaltenen Items „Ist in ihrem Wohnumfeld a) eine Apotheke; b) ein behandelnder Arzt; c) Einkaufsmöglichkeiten vorhanden?“ drei Bereiche thematisiert werden, die für die Operationalisierung struktureller Ressourcen und Belastungen geradezu prädestiniert erscheinen. Im Folgenden wird dieser Faktor „Versorgung“ genannt.

Beide Bereiche zeichnen sich durch eine hohe Zufriedenheit der Befragten aus. Mit einem Mittelwert von .81 und einer Standardabweichung von .29 sind die Personen bei einem Range von 0;1 zufrieden mit ihrer ärztlichen Behandlung (Skala „Arzt und Behandlung“). Die hier nicht dargestellte Häufigkeitsverteilung weist mit 62% der Kategorie 1 darauf hin, dass diese Personen in allen sechs abgefragten Bereichen eine hohe Zufriedenheit äußern – 4.8% belegen jedoch die Kategorie 0, die auf die höchste Unzufriedenheit hinweist. Auch die Abfrage, ob Apotheke, behandelnder Arzt und Einkaufsmöglichkeiten in der Wohnumgebung vorhanden sind (Skala "Versorgung"), weist mit einem Mittelwert von .88 und einer Standardabweichung von .24 bei einem range von ebenfalls 0;1 auf einen hohen Versorgungsgrad hin. Jedoch belegen auch hier wieder 3.3% der Befragten die unterste Kategorie, die auf eine schlechte Versorgung dieser Personen hinweist.

In einem weiteren Bereich wurden die Personen gebeten, eine Einschätzung hinsichtlich ihrer unmittelbaren Wohnumgebung abzugeben. Dabei galt es, das Vorhandensein von Straßenlärm, Luftverschmutzung, Einkaufsmöglichkeiten, Lärm von S- und Eisenbahn und Fluglärm einzuschätzen – insgesamt wurden hier elf Items mit dichotomem Antwortformat (0 = nein; 1 = ja) vorgelegt. Hier wurde ebenfalls eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt, die nach VARIMAX-Rotation eine vierfaktorielle Lösung vorschlug, mit der insgesamt 53.6% der Varianz erklärt werden. Die anschließende psychometrische Prüfung der Faktoren ergab jedoch lediglich einen Faktor, der dem Qualitätskriterium der internen Konsistenz entsprach – und zwar mit einem Cronbach's α von = .76. Diese Skala ‚Umwelt‘ beschreibt das Vorhandensein von Autolärm, Straßenverkehr und Luftverschmutzung in der unmittelbaren Wohnumgebung (drei Items). Die Darstellung der Verteilung weist mit einem Mittelwert von .39 und einem Median von .33 (Standardabweichung .40) auf eine eher geringe Belastung der Befragten durch Autolärm, Straßenverkehr und Luftverschmutzung (range 0;1) hin.

3.4.3 Subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität - Studie B

Der folgende Abschnitt stellt die wichtigsten Zielparameter der Untersuchung zur Lebensqualität chronisch kranker Mensch dar. Anders als in der auf den unmittelbaren Arbeitsplatz und seine Umgebung fokussierten Befragung in Studie A, in der den Büroangestellten Fragen zur Befindlichkeit und zu Beschwerden vorgelegt wurden, sind die Befragten in der Studie B gebeten worden, ‚klassische‘ Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu beantworten. Dabei handelt es sich um den SF-12 Health Survey und das Nottingham Health Profile (NHP). Beide Instrumente wurden bereits in Kapitel 2.3 besprochen. In Studie B wurde auf den Einsatz der Beschwerdeliste von von Zerssen verzichtet, jedoch die Auswahl von Krankheiten wiederum vorgelegt, die jedoch nur einen geringen Überschneidungsgrad mit der aus Studie A hat (vgl. auch Abbildung 15). Dieser Umstand basiert auf der Annahme, dass die hier befragten Personen aufgrund ihrer chronischen Erkrankung unter krankheitsspezifischer Komorbidität (Bsp. Diabetes – Sehstörungen, Gefäßerkrankungen; Schlaganfall – Bluthochdruck, Lähmungen etc.) leiden.

Wiederum abgefragt wurde jedoch der allgemeine Gesundheitszustand (subjektive Gesundheit), der sich bereits in den Auswertungen zu Studie A als potenter Indikator der Mikro-Ebene herausgestellt hat (vgl. Kapitel 3.2.4).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität – der SF-12 Health Survey

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder subjektive Gesundheit der Befragten wurde in der Hamburger Untersuchung mit dem SF-12 erfasst, der Auskunft über die körperliche und die seelische Befindlichkeit im Bereich der erlebten Gesundheit gibt. Die Werte reichen in diesen beiden Bereichen von 0 bis 100 (beste Bewertung), wobei 50 der in der bundesdeutschen Referenzpopulation zu erwartende Richtwert ist (Bullinger & Kirchberger, 1998). Abweichungen nach unten zeigen erlebte Beeinträchtigungen an. Die Werte der Gesamtstichprobe sowie der drei untersuchten Diagnosegruppen, die hier nochmals aus Gründen der Differenzierungsmöglichkeiten des SF-12 dargestellt sind, sind im Vergleich zur gesunden Normpopulation des SF-12 in Abbildung 39 dargestellt.

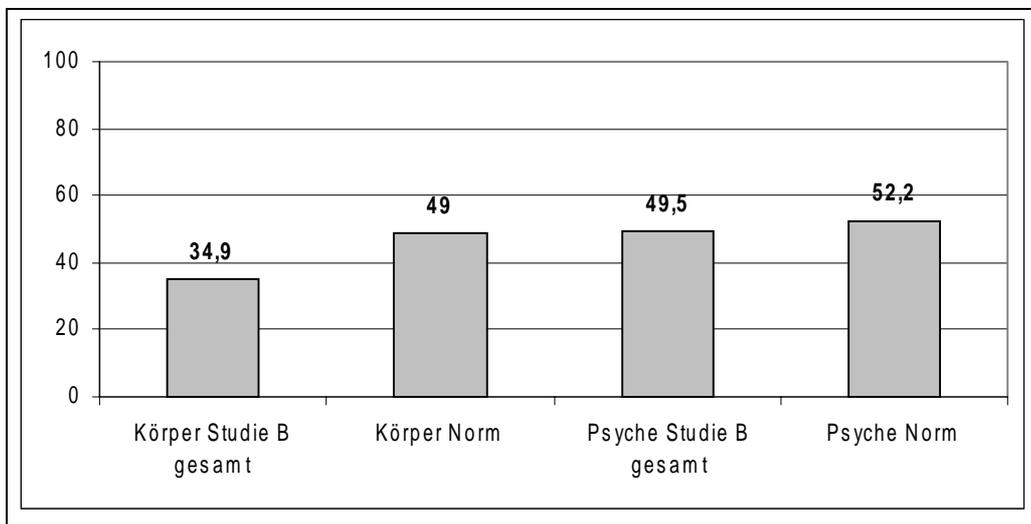


Abbildung 39 Summenskalenwerte (Mittelwert) des SF-12 für die untersuchte Stichprobe

Im Vergleich mit einer gesunden Bevölkerungsstichprobe (LQ-Wert 49) weisen die in Abbildung 39 dargestellten Ergebnisse darauf hin, dass sich die befragten Personen in der körperlichen Befindlichkeit deutlich eingeschränkt fühlen. In der seelischen Dimension der subjektiven Gesundheit ergaben sich keine so großen Unterschiede zwischen den befragten Personen. Die Gesamtstichprobe zeigt hier einen Mittelwert von 34,9 auf der Körperlichen Summenskala und einen Mittelwert von 49,5 auf der Psychischen Summenskala.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Das Nottingham Health Profile (NHP)

Als weiteres Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde das Nottingham Health Profile eingesetzt (vgl. auch Kapitel 2.3). Unterschiede zwischen SF-12 und NHP wurden bereits in Kapitel 2.3 berichtet, in dem beide Verfahren zur Operationalisierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorgeschlagen wurden (vgl. auch für eine Übersicht Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Das NHP ist in erster Linie für Personen mit manifesten Erkrankungen entwickelt worden und fragt die dadurch entstandenen Beeinträchtigungen für insgesamt sechs Skalen ab. Übereinstimmung besteht für beide Verfahren in der Normierung des Wertebereiches auf das Intervall 0 - 100. Im Gegensatz zum SF-12 bedeutet für das NHP jedoch ein hoher Wert eine Einschränkung der selbstberichteten Lebensqualität.

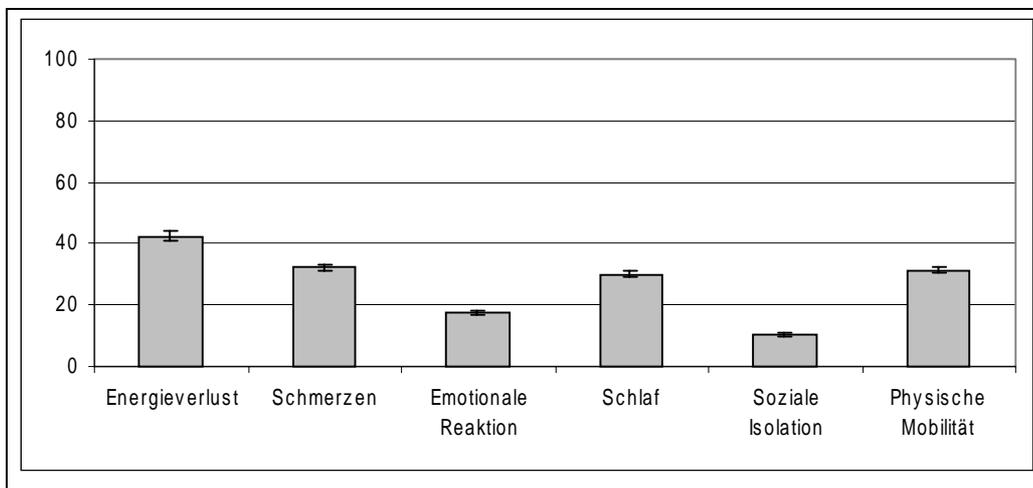


Abbildung 40 Subskalenwerte (Mittelwert, Standardmessfehler) des NHP - Studie B

Wie aus Abbildung 40 ersichtlich, berichten die hier befragten chronisch kranken Menschen über fast alle Subskalen des NHP eine relativ hohe Lebensqualität - hier bedeutet ein niedriger Wert, also nahe bei 0 eine hohe Lebensqualität. Die „positiven“ Werte für die Skalen soziale Isolation und emotionale Reaktion korrespondieren gut mit den bereits gezeigten Ergebnissen zu Einsamkeit und soziale Unterstützung (s. o.).

Allgemeiner Gesundheitszustand

Auf die Frage, wie der eigene Gesundheitszustand allgemein beurteilt wird (zu beantworten mit Hilfe einer Likert-Skala von 1 = ausgezeichnet bis 5 = schlecht), schätzen insgesamt 67.6% der Befragten ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ bzw. „schlecht“ ein. Der Mittelwert für den allgemeinen Gesundheitszustand beträgt 3.8 (SD .77).

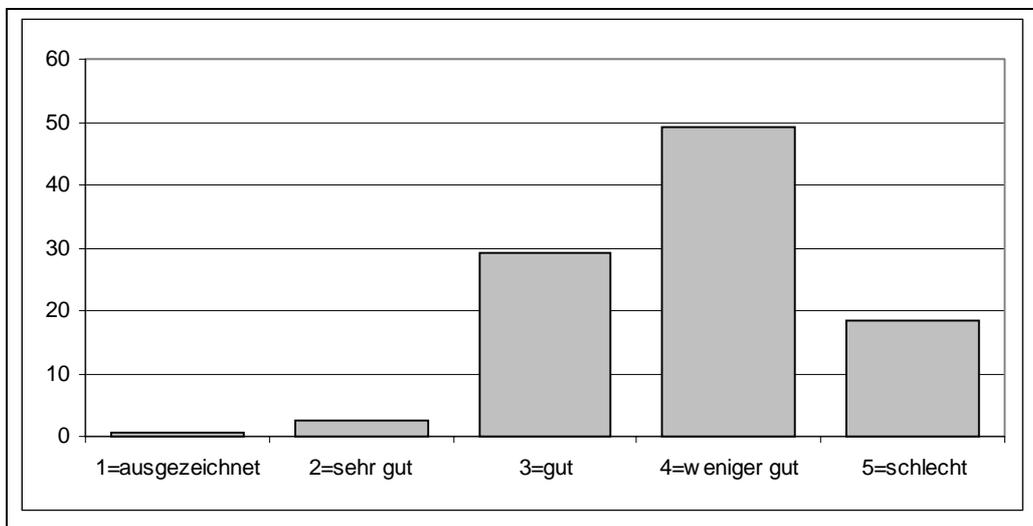


Abbildung 41 Allgemeiner Gesundheitszustand (Häufigkeitsverteilung in %) - Studie B

Wie aus Abbildung 41 ersichtlich ist, schätzen ein erheblicher Anteil der Befragten ihren Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht ein.

Die folgenden Tabelle 41 fasst die Dimensionen zusammen, die für die Mikro-Ebene der Studie B erhoben wurden und die in erster Linie dem Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zuzuordnen sind. Dabei sind die Ergebnisse des SF-12 und die des NHP gegenläufig zu interpretieren. Während im SF-12 ein hoher Wert Hinweis auf eine hohe Lebensqualität ist, bedeutet ein hoher Wert im NHP eine eingeschränkte Lebensqualität.

Tabelle 41 Übersicht der deskriptiven Ergebnisse der Dimensionen der Mikro-Ebene - Studie B

| Instrument | Mittelwert | Standardabweichung | Median | Range | N |
|--------------------------------|------------|--------------------|--------|---------|-----|
| SF-12 Körper | 34.9 | 12.0 | 32.9 | [0;100] | 588 |
| SF-12 Psyche | 49.5 | 11.1 | 52.7 | [0;100] | 588 |
| NHP Energieverlust | 42.5 | 39.0 | 33.3 | [0;100] | 726 |
| NHP Schmerz | 32.2 | 32.7 | 25.0 | [0;100] | 730 |
| NHP Emotionale Reaktion | 17.6 | 22.3 | 11.1 | [0;100] | 726 |
| NHP Schlaf | 30.0 | 19.1 | 20.0 | [0;100] | 735 |
| NHP Soziale Isolation | 10.4 | 19.1 | 10.4 | [0;100] | 735 |
| NHP Physische Mobilität | 31.2 | 27.2 | 31.2 | [0;100] | 731 |
| Allgemeiner Gesundheitszustand | 3.8 | .77 | 4.0 | [1;5] | 739 |

Zusammenfassung

Für den SF-12 Health Survey gibt die Skala Körper mit einem niedrigen Mittelwert Aufschluss über die zum Teil erhebliche Einschränkung des körperlichen Zustandes der Befragten, deren Wert unter dem der deutschen Referenzpopulation liegt. Das Ergebnis der Skala Psyche spiegelt wiederum die gute Einbindung der Befragten in soziale Netze und damit einhergehend den Krankheitsverarbeitungsprozess wider – der Mittelwert weicht nur unwesentlich von dem der deutschen Normpopulation ab.

Die Subskalen des Nottingham Health Profiles geben diese Ergebnisse in anderen Bereichen wieder. So liegen die Mittelwerte der Skalen durchweg unterhalb der Hälfte des möglichen Wertebereichs. Auch dieses Ergebnis gibt Auskunft darüber, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität Werte erreicht, die positiver ausgeprägt sind als die beispielsweise von extrem körperlich eingeschränkten Patienten. So berichtet Kohlmann über eine Gruppe von Patienten mit rheumatoider Arthritis, deren NHP-Werte durchgängig schlechter ausgeprägt sind als die der hier vorgelegten Stichprobe (Kohlmann, 2000, S. 93).

3.4.4 Multivariate Einflussprüfung - Studie B

Auch in der hier vorgelegten Studie B, die für die vorliegende Arbeit ausgewählt wurde, da sie zum einen einer sozialepidemiologischen Modellvorstellung folgt und zum anderen mit den daran teilgenommenen chronisch kranken Menschen als Gegenpol zu den offensichtlich gesunden Mitarbeitern großer Bürogebäude in Studie A steht, wurde geprüft, ob sich in einer Re-Analyse Parallelen zu den Modellebenen finden lassen, wie sie bereits bei Steinkamp und Knesebeck dargestellt wurden (vgl. die Kapitel 2.4.4.1 und 2.4.4.2). Auch für die Studie B wurde eine grafische Adaptation an die Modellvorstellungen Steinkamps (Abbildung 5) gewagt (vgl. Abbildung 42).

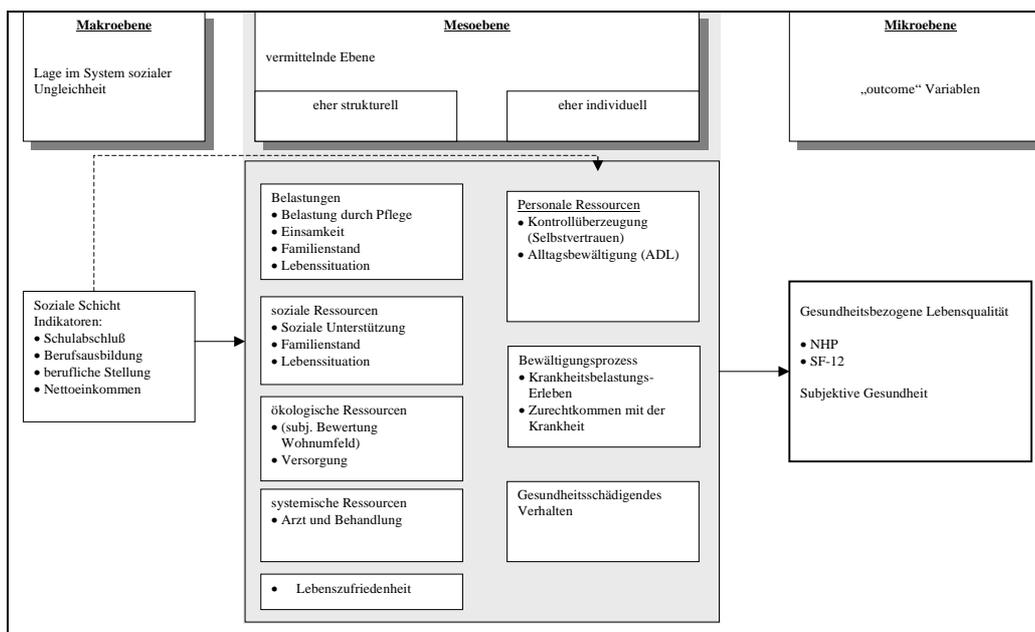


Abbildung 42 Steinkamp nachempfundenes Abhängigkeitsgeflecht der Studie zur Lebensqualität chronisch kranker Menschen in Hamburg

Wie in Abbildung 42 zu sehen ist, gibt es über die in Studie A bereits identifizierten Aspekte hinausgehend eine ganze Reihe von Bereichen, die der Meso-Ebene und der Mikro-Ebene zugeordnet werden können. Dies betrifft die Überlegungen, nach denen in Abweichung zu Knesebeck eine Benennung in individuelle und strukturelle Ressourcen und Belastungen vorgenommen werden soll. Auch diese Vorgehensweise soll hier weiterverfolgt werden. So wie es in der ProKlimA-Untersuchung von Bedeu-

tung war, Aspekte der Arbeitswelt mit aufzunehmen, so schien es bei der Untersuchung der Lebensqualität von chronisch kranken Menschen wichtig, vermehrt Aspekte wie soziale Unterstützung und kommunale Versorgung mit zu berücksichtigen. Allein diese Berücksichtigung legte es nahe, eine Auftrennung in individuelle und strukturelle Bereiche vorzunehmen.

Im Rahmen der Zuweisungsdiskussion innerhalb der Studie A, welche Dimension eher strukturelle bzw. individuelle Aspekte von Ressourcen und Belastungen darstellen, gestaltet sich dies innerhalb der Studie B einfacher. Die folgende Tabelle 42 stellt nochmals die den einzelnen Ebenen zugewiesenen Dimensionen dar.

Tabelle 42 Einzeldimensionen und ihre Zuordnung zu individuellen und strukturellen Belastungen bzw. Ressourcen – Studie B

| | Belastend vs. Unterstützend | Individuell vs. Strukturell | 7 Zielkriterien |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Alter | | | sechs Subskalen des NHP (Energieverlust, Schmerzen, Emotionale Reaktion, Schlaf, Soziale Isolation, Physische Mobilität), zwei Subskalen SF-12 (Körper, Psyche), Einzelitem Allgemeiner Gesundheitszustand |
| Geschlecht | | | |
| Einsamkeit | Belastung | Strukturell | |
| Familienstand ledig | Belastung | Strukturell | |
| Familiäre Belastung (geschieden, getrennt, verwitwet) | Belastung | Strukturell | |
| Umweltbelastung | Belastung | Strukturell | |
| Kontrollüberzeugung - Selbstvertrauen | Ressource | Individuell | |
| Krankheiten | Belastung | Individuell | |
| Krankheitsbelastung | Belastung | Individuell | |
| Person hat Pflegebedarf | Belastung | Individuell | |
| Person muss andere pflegen | Belastung | Individuell | |
| Platz d. Erkrankung im Leben | Belastung | Individuell | |
| Leiden unter der Erkrankung | Belastung | Individuell | |
| Familienstand verheiratet | Ressource | Strukturell | |
| Lebenssituation nicht allein | Ressource | Strukturell | |
| Arzt und Behandlung | Ressource | Strukturell | |
| Soziale Unterstützung | Ressource | Strukturell | |
| Lebenszufriedenheit | Ressource | Strukturell | |
| Kontrollüberzeugung - Fatalismus | Belastung | Individuell | |
| Alltagsbewältigung | Ressource | Individuell | |

Im Folgenden wird geprüft, ob die Zuordnung zu den Dimensionen, ‚strukturelle und individuelle Belastungen und Ressourcen‘ angemessen ist. Dabei wird auf Basis von Korrelationsanalysen analysiert, ob die Ebenen miteinander korrelieren bzw. sich ausreichend differenzieren lassen.

Tabelle 43 Zusammenhangsanalyse struktureller und individueller Ressourcen und Belastungen - Studie B

| | | Individuelle Ressourcen | | Individuelle Belastungen | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------|-------------|---------------------|--------------|----------------|----------------|----------------------|
| | | Selbstvertrauen | Alltagsbewältigung | Fatalismus | Krankheiten | Krankheitsbelastung | Pflegebedarf | Andere Pflegen | Platz im Leben | Leiden an Erkrankung |
| Strukturelle Ressourcen | Soziale Unterstützung | .31 | .24 | -.31 | n.s. | -.26 | -.18 | n.s. | -.29 | -.24 |
| | Lebenszufriedenheit | .37 | .29 | -.47 | -.08 | -.50 | -.25 | -.08 | -.43 | -.45 |
| | Familienstand verheiratet | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | .08 | n.s. | n.s. |
| | Lebenssituation nicht allein | n.s. | -.11 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| | Arzt & Behandlung | .12 | n.s. | -.20 | n.s. | -.17 | -.09 | -.08 | -.11 | -.18 |
| | Versorgung im Wohnumfeld | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | -.09 | n.s. | n.s. | n.s. | -.10 |
| Strukturelle Belastungen | Einsamkeit | -.37 | -.18 | .53 | n.s. | .38 | .19 | n.s. | .29 | .30 |
| | Familiäre Belastung | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| | Familienstand ledig | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |
| | Umweltbelastung | n.s. | n.s. | .08 | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. | n.s. |

Erläuterung zu Tabelle 43: Alle dargestellten Korrelationen sind auf dem Niveau $p \leq .05$ signifikant und auf die Merkmale Alter und Geschlecht kontrolliert.

Tabelle 43 zeigt, wie und in welcher Weise Ressourcen und Belastungen miteinander korrelieren. Besonders deutlich wird dies im Vergleich von strukturellen Ressourcen mit individuellen Ressourcen und Belastungen. Dass die ‚Lebenssituation nicht allein‘ mit der Alltagsbewältigung negativ korreliert, liegt einzig an der Codierung des Items. Ähnlich wie in den Ergebnissen zu Studie A – vgl. hierzu Tabelle 20 – gezeigt wurde,

zeichnen sich die über den Familienstand und die Lebenssituation abgeleiteten Operationalisierungen von strukturellen Ressourcen und Belastungen als wenig potent hinsichtlich der Abgrenzung zu individuellen Ressourcen und Belastungen. Da ein wesentlicher Sinn darin bestand, mittels Korrelationsanalysen zu prüfen, inwieweit die Trennung in strukturelle und individuelle Belastungen und Ressourcen gerechtfertigt scheint und hohe Korrelationen gegen diese Differenzierung sprechen würden, zeigen die Ergebnisse, dass nur wenige Dimensionen miteinander korrelieren. In erster Linie sind dies Lebenszufriedenheit, die erwartungsgemäß positiv mit den Dimensionen der individuellen Ressourcen und negativ mit denen der individuellen Belastungen korreliert, sowie auf Ebene der strukturellen Belastungen die Einsamkeit.

Insgesamt bestärken diese Ergebnisse darin, die Differenzierung in strukturelle und individuelle Belastungen und Ressourcen für die weitergehenden Analysen beizubehalten.

Einzelprüfungen der Einflüsse durch Regressionsanalysen

Im Folgenden werden wiederum in Anlehnung an Knesebeck schrittweise Regressionen gerechnet. Die Vorgehensweise richtet sich dabei nach der Zuordnung der einzelnen Dimensionen wie sie in Tabelle 42 vorgenommen wurde.

Die erste Auswertung umfasst drei Schritte, die sich an die Auswertungen von Knesebeck anlehnen und bereits in Studie A (vgl. 3.2.4) durchgeführt wurden. Weiterhin besteht jede Analyse für die Daten der Studie B aus acht bzw. neun einzelnen Auswertungen, da neben dem Zielkriterium *Allgemeiner Gesundheitszustand* auch die sechs Subskalen des NHP und die beiden des SF-12 – Körper und Psyche – zur Verfügung standen.

Da ein Ziel der Analysen auch darin besteht, eine Reproduktion bzw. zumindest eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen von Knesebeck und mit denen der Studie A zu versuchen, beginnt jede Analyse mit dem Zielkriterium *Allgemeiner Gesundheitszustand*. Um diesen Vergleich zu vereinfachen, wurde bereits eine Übersicht der Verteilung der beiden Variablen vorgestellt (vgl. Tabelle 22). Die Darstellung in Tabelle 22 wird in Tabelle 44 um die Verteilungsangaben der Studie B erweitert. Dabei zeigt sich, dass in beiden hier ausgewerteten Untersuchungen die Abfrage der subjektiven Gesundheit identisch vorgenommen wurde.

Tabelle 44 Gegenüberstellung der Verteilungen *Allgemeiner Gesundheitszustand*

| von dem Knesebeck | | ProKlimA (Studie A) | | Lebensqualität chronisch kranker Menschen in Hamburg (Studie B) | |
|-------------------|-------------------|---------------------|------|---|------|
| % | Antwortvorgabe | | % | n | % |
| 7,4 | Schlecht | Schlecht | ,8 | 137 | 18,5 |
| 14,5 | Nicht so gut | Weniger gut | 12,0 | 363 | 49,1 |
| 37,0 | Zufriedenstellend | Gut | 58,2 | 216 | 29,2 |
| 32,1 | Gut | Sehr gut | 25,1 | 19 | 2,6 |
| 9,0 | Sehr gut | Ausgezeichnet | 3,9 | 4 | ,5 |

Der Übersichtlichkeit halber ist in Tabelle 44 auf die Darstellung der Fallzahlen in den einzelnen Kategorien verzichtet worden. Die deskriptiven Ergebnisse weisen jedoch bereits darauf hin, dass die befragten Personen in Studie B einen erhebliche schlechteren *a*Allgemeinen Gesundheitszustand berichten, als die in den beiden Vergleichsuntersuchungen. Lediglich 0.5% der Befragten in Studie B bezeichnen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet.

Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand

Bildung, Individuelle Ressourcen und Allgemeiner Gesundheitszustand

In der folgenden Tabelle 45 wird die erste schrittweise Regression mit dem Zielkriterium *Allgemeiner Gesundheitszustand* dargestellt. Um eine höchstmögliche Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Studie A zu gewährleisten, wird als Abbildung der sozialen Ungleichheit wiederum die Variable Bildung (sieben Stufen) herangezogen. Darüber hinaus wird anschließend geprüft, wie sich die Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses sozialer Ungleichheit verändern, wenn der Index nach Scheuch eingesetzt wird.

Tabelle 45 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Ressourcen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt | |
|--------------------|------------|------------|------------|-------|
| Männl. Geschlecht | -.110 | -.101 | -.108 | -.105 |
| Alter | -.138 | -.117 | -.069 | -.078 |
| Bildung | | .108 | .078 | .058 |
| Selbstvertrauen | | | .191 | .189 |
| Alltagsbewältigung | | | .218 | .222 |
| R ² | .027 | .036 | .142 | .140 |

Zusammenfassende Beschreibung

Wie in Tabelle 45 zu sehen ist, kommt es im ersten Schritt der Regressionsanalyse zu lediglich 2.7% Varianzaufklärung. Auch hier ist der Beitrag des Alters so zu interpretieren, dass mit höherem Alter der allgemeine Gesundheitszustand schlechter eingeschätzt wird. Auch die Prüfung der Altersvariable, die gleich mit der in Studie A klassiert wurde (vgl. Tabelle 13), erbrachte keine Veränderung des Alterseinflusses. Trotz der Altersverteilung – in Studie A waren die wenigsten Befragten älter als 60 Jahre, in Studie B sind es die meisten – und dem Umstand, dass die in Studie B Befragten durchgängig chronisch krank sind, weist der Alterseinfluss mit fast gleicher Intensität in die gleiche Richtung.

Anders als in Studie A ist der Beitrag des männlichen Geschlechts zum Allgemeinen Gesundheitszustand ausgeprägt. Hier sind es die Männer, die ihren Gesundheitszustand tendenziell schlechter einschätzen als die Frauen. Der Einfluss beider Variablen sinkt, wenn die Variable Bildung als Maß sozialer Ungleichheit mit in die Analyse aufgenommen wird. Insgesamt ist der Beitrag auf den allgemeinen Gesundheitszustand jedoch als eher gering einzuschätzen. Dies schlägt sich auch in einer nur geringen Steigerung der Varianzaufklärung von 2.7% auf 3.6% nieder. Auch hier weist die Ausrichtung des std. β darauf hin, dass Befragte mit höherem Bildungsstand ihren allgemeinen Gesundheitszustand besser beurteilen. Der Beitrag ist jedoch nicht ganz so stark ausgeprägt wie in Studie A (std. $\beta = .136$, vgl. Tabelle 23).

Werden dann jedoch die beiden Dimensionen Selbstvertrauen und Alltagsbewältigung, die weiter oben als individuelle Ressourcen definiert wurden, in das Modell mit aufgenommen, sinken die Einflüsse des Alters sowie der Bildung. Der Einfluss des männlichen Geschlechtes nimmt hingegen wiederum leicht zu. Zum einen weist dies auf eine Interkorrelation der psychosozialen Dimensionen mit den situativen Aspekten hin, auf der anderen Seite wird hier auf die Bedeutung des Selbstvertrauens und der

Alltagsbewältigung auf den selbstberichteten Allgemeinen Gesundheitszustand hingewiesen. Die Varianzaufklärung steigt auf 14.2%. In der Studie A konnte durch die dort aufgenommenen Dimensionen interne Kontrollüberzeugung und Fitnesszustand eine Varianzaufklärung von 22.4% erreicht werden. Betrachtet man in Tabelle 45 die rechte schattierte Spalte, so finden sich dort die Ergebnisse, die erzielt wurden, nachdem anstelle des einfachen Bildungsstandes der Index nach Scheuch aufgenommen wurde. Insgesamt verändern sich die Maße jedoch nur so geringfügig, dass hier davon ausgegangen werden kann, dass die Diskussion um eine adäquate Abbildung der sozialen Ungleichheit weiter abgekürzt werden kann. Auf diesen Punkt wird in der abschließenden Diskussion noch vertiefend eingegangen (vgl. Kapitel 4.4).

Bildung, Strukturelle Ressourcen und Allgemeiner Gesundheitszustand

In Tabelle 46 sind die Ergebnisse für die Einflussprüfung struktureller Ressourcen auf den allgemeinen Gesundheitszustand dargestellt. Als Dimensionen, die die strukturellen Ressourcen repräsentieren, sind die soziale Unterstützung, die Lebenszufriedenheit, der Familienstand (ob verheiratet und mit Partner zusammen lebend), die Lebenssituation (ob allein lebend oder nicht), der Bewertungsfaktor von Arzt und Behandlung, sowie der Bewertungsfaktor ob Arzt, Apotheke und Einkaufsmöglichkeiten in Nähe der eigenen Wohnung vorhanden und erreichbar sind, aufgenommen worden.

Tabelle 46 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturelle Ressourcen – Zielkriterium *Allgemeiner Gesundheitszustand*

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|--|------------|------------|------------|
| Männlich | -.110 | -.101 | -.151 |
| Alter | -.138 | -.117 | -.237 |
| Bildung | | .108 | .020 |
| Soziale Unterstützung | | | .008 |
| Lebenszufriedenheit | | | .501 |
| Familienstand verheiratet | | | -.105 |
| Nicht allein lebend | | | -.023 |
| Bewertungsfaktor Arzt und Behandlung | | | .042 |
| Bewertungsfaktor Arzt, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe | | | .056 |
| R ² | .027 | .036 | .278 |

Zusammenfassende Beschreibung

Die Ergebnisse im ersten und zweiten Schritt entsprechen denen in Tabelle 45 und werden wiederholt dargestellt, um mögliche vorhandene Interaktionseffekte nachvoll-

ziehen zu können. Es zeigt sich durch die Ergebnisse im dritten Schritt, dass alle vorher aufgenommenen situativen Aspekte wie Geschlecht, Alter und Bildung stark mit den Indikatoren der strukturellen Ressourcen interagieren. So verliert die Bildung als Maß sozialer Ungleichheit fast vollständig ihren Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand nach Aufnahme der strukturellen Ressourcen. Hier sind es in erster Linie die Lebenszufriedenheit und der verheiratete Familienstand (mit Partner lebend), die einen Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand haben. Dabei ist jedoch der Familienstand aufgrund seiner negativen Polung nur schwer zu interpretieren – dies bedeutet, dass Personen die verheiratet sind und mit ihrem Partner zusammenleben, einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand berichten. Die Ergebnisse mit dem Scheuch-Index haben, wie in Tabelle 45 mit den individuellen Ressourcen dargestellt, keinen Einfluss auf die Bedeutsamkeit der einzelnen Prädiktoren.

Bildung, Individuelle Belastungen und Allgemeiner Gesundheitszustand

In Tabelle 47 wird dargestellt, welchen Einfluss die als individuelle Belastungen gekennzeichneten Prädiktoren auf den allgemeinen Gesundheitszustand haben. Aufgenommen wurden dabei die Subskala *Fatalismus* des ‚sense of mastery‘ sowie die Anzahl weiterer Erkrankungen. Darüber hinaus wurde die *Krankheitsbelastungsskala* von Badura et al. (vgl. Badura et al., 1987) sowie Aspekte des eigenen Pflegebedarfs bzw. der Notwendigkeit, andere Personen im Haushalt pflegen zu müssen, mit aufgenommen. Weitere Bereiche stellen die Frage nach dem Ausmaß der Erkrankung im Leben der Befragten in % dar, sowie das Leiden unter der eigenen Erkrankung.

Tabelle 47 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Belastungen – Zielkriterium *Allgemeiner Gesundheitszustand*

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
| Männl. Geschlecht | -.110 | -.101 | -.037 |
| Alter | -.138 | -.117 | -.071 |
| Bildung | | .108 | .042 |
| Fatalismus | | | .025 |
| Summe Krankheiten | | | -.212 |
| Krankheitsbelastung | | | -.162 |
| Selbst gepflegt | | | .005 |
| Andere pflegen | | | .032 |
| Platz der Erkrankung im Leben | | | -.164 |
| Leiden unter der Erkrankung | | | -.255 |
| R ² | .027 | .036 | .369 |

Zusammenfassende Beschreibung

Wie Tabelle 47 zeigt, verlieren wiederum die Prädiktoren Geschlecht und Bildung an Einfluss, wenn die als individuelle Belastungen bezeichneten Indikatoren mit aufgenommen werden. Lediglich das Alter variiert über die verschiedenen Analyseschritte hinweg, was auf eine Altersabhängigkeit der individuellen Belastungen hinweist. Es sind die Indikatoren Summe der Krankheiten, die Krankheitsbelastung, das Ausmaß der Erkrankung im Leben sowie das eigene Leiden an der Erkrankung, die einen Einfluss auf den selbstberichteten allgemeinen Gesundheitszustand haben. So nicht zu erwarten war, dass die Fragen nach eigenem und fremdem Pflegebedarf kaum oder nur einen geringen Einfluss auf die Wahrnehmung des allgemeinen Gesundheitszustandes haben. Dabei wurde eine Varianzaufklärung von 36.9% erreicht. Zusammenfassend kann auch in dieser Analyse davon ausgegangen werden, dass der Bildungsstand als Maß sozialer Ungleichheit nur unwesentlichen Einfluss auf den selbstberichteten Gesundheitszustand hat – dabei müssen bei chronisch kranken Menschen Aspekte, die die individuelle Belastungssituation und das Erleben der eigenen Belastung betreffen, mit berücksichtigt werden. Die Analyse, in der anstelle der Bildung der Scheuch-Index aufgenommen wurde, zeigte keinen Unterschied.

Bildung, Strukturelle Belastungen und Allgemeiner Gesundheitszustand

In der abschließenden Analyse (vgl. Tabelle 48) zur schrittweisen Prüfung von Einflussfaktoren wird geprüft, welchen Beitrag strukturelle Belastungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand haben.

Tabelle 48 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturelle Belastungen – Zielkriterium *Allgemeiner Gesundheitszustand*

| Dimension | 1. Schritt | 2. Schritt | 3. Schritt |
|---------------------|------------|------------|------------|
| Männlich | -.110 | -.101 | -.142 |
| Alter | -.138 | -.117 | -.125 |
| Bildung | | .108 | .082 |
| Einsamkeit | | | -.212 |
| Familienstand ledig | | | .063 |
| Familiäre Belastung | | | .053 |
| Umweltbelastung | | | .029 |
| R ² | .027 | .036 | .071 |

Zusammenfassende Beschreibung

Wie in Tabelle 48 zu sehen ist, erklären die im dritten Schritt aufgenommenen Variablen situativer Aspekte und Indikatoren struktureller Belastungen insgesamt nur 7.1% der Varianz im Allgemeinen Gesundheitszustand. Dabei ist es der Indikator Einsamkeit, der im Gesamtmodell auffällt. Insgesamt kann auch hier davon ausgegangen werden, dass sich der Versuch, über bestimmte Lebenssituationen und Familienstände einen Einfluss auf den Gesundheitszustand nachzuweisen, als weniger ergiebig herausgestellt hat. Die Verfeinerung der Abbildung sozialer Ungleichheit über die Aufnahme des Scheuch-Index anstelle der Variable Bildung erbrachte keinen Erkenntnisfortschritt.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Im folgenden Abschnitt wird in verkürzter Weise ein Überblick über die Zielkriterien der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gegeben. Tabelle 49, Tabelle 50 und Tabelle 51 stellen die Ergebnisse des ersten und zweiten Schrittes der Regressionsanalyse dar, so wie sie bereits für den Allgemeinen Gesundheitszustand durchgeführt wurden. Als Zielkriterien stehen hier jedoch die Subskalen des NHP sowie die Subskalen des SF-12 im Mittelpunkt und aus Vergleichsgründen der Allgemeine Gesundheitszustand (AllGes). Zu beachten ist weiterhin, dass eine Analyse der individuellen und strukturellen Belastungen und Ressourcen noch nicht mit eingeht. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden hier die beiden soziodemografischen Merkmale Alter und Geschlecht sowie das soziale Ungleichheitsmaß Bildung gegenübergestellt. In der letzten Zeile befindet sich die Varianzaufklärung für jedes einzelnen Zielkriterium sowie für das Modell mit und ohne Bildung.

Tabelle 49 Gegenüberstellung der ersten beiden Regressionsschritte der NHP Subskalen Energieverlust, Schmerzen, Emotionale Reaktion und dem Allgemeinen Gesundheitszustand

| | Energieverlust | | Schmerzen | | Emotionale Reaktion | | AllGes - Studie A | |
|----------------|----------------|------------|------------|------------|---------------------|------------|-------------------|------------|
| | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt |
| Geschlecht | .167 | .159 | .297 | .283 | n.s. | n.s. | -.110 | -.101 |
| Alter | .101 | .082 | .089 | n.s. | n.s. | n.s. | -.138 | -.117 |
| Bildung | | -.098 | | -.163 | | -.173 | | .108 |
| R ² | .033 | .041 | .090 | .114 | | .027 | .027 | .036 |

Tabelle 50 Gegenüberstellung der ersten beiden Regressionsschritte der NHP Subskalen Schlaf, Soziale Isolation, Physische Mobilität und dem Allgemeinen Gesundheitszustand

| | Schlaf | | Soziale Isolation | | Physische Mobilität | | AllGes - Studie A | |
|----------------|------------|------------|-------------------|------------|---------------------|------------|-------------------|------------|
| | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt |
| Geschlecht | .124 | .111 | n.s. | n.s. | .200 | .192 | -.110 | -.101 |
| Alter | .124 | .094 | n.s. | n.s. | .248 | .229 | -.138 | -.117 |
| Bildung | | -.155 | | -.132 | | -.097 | | .108 |
| R ² | .026 | .047 | | .015 | .092 | .100 | .027 | .036 |

Tabelle 51 Gegenüberstellung der ersten beiden Regressionsschritte der SF-12 Subskalen und dem Allgemeinen Gesundheitszustand

| | SF-12 Körper | | SF-12 Psyche | | AllGes - Studie B | |
|----------------|--------------|------------|--------------|------------|-------------------|------------|
| | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt | 1. Schritt | 2. Schritt |
| Geschlecht | -.238 | -.228 | n.s. | n.s. | -.110 | -.101 |
| Alter | -.242 | -.219 | .121 | .148 | -.138 | -.117 |
| Bildung | | .120 | | .141 | | .108 |
| R ² | .105 | .117 | .016 | .033 | .027 | .036 |

Zusammenfassend kann basierend auf den Ergebnissen in Tabelle 49, Tabelle 50 und Tabelle 51 gesagt werden, dass die Aufnahme der Bildungsvariable als Einflussgröße auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Mittel zu einer Varianzaufklärung in Höhe von ca. einem Prozentpunkt beiträgt. Erwähnenswert ist zudem, dass bei der Erklärung von *Emotionaler Reaktion* und *Sozialer Isolation* lediglich der Einfluss der Bildung auf dem 5%-Signifikanzniveau in die Regressionsanalyse aufgenommen wird. Im Vergleich zu den Ergebnissen mit dem Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand zeigt sich, dass die Resultate hinsichtlich der Varianzaufklärung für die Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität besser sind. Es muss jedoch betont werden, dass der Allgemeine Gesundheitszustand auf einer Einzelmessung beruht und die Lebensqualitätsskalen als ‚zusammengesetzte‘ Messungen mehr Varianz bieten. Betrachtet man darüber hinaus die Korrelation (hier nicht dargestellt) zwischen den Lebensqualitätsskalen und dem Allgemeinen Gesundheitszustand, so zeigt auch

nach Kontrolle von Alter und Geschlecht, dass ein Zusammenhang in erster Linie zwischen den körperlich orientierten Skalen und dem Allgemeinen Gesundheitszustand und weniger mit den eher psychisch orientierten Skalen besteht.

Beim Lesen der folgenden Tabelle 52 sei darauf hingewiesen, dass die Vorzeichen der $\text{std. } \beta$ zu beachten sind. Während bei den Subskalen des SF-12 ein hoher Wert auch eine hohe Lebensqualität – ebenso wie beim gerade dargestellten Allgemeinen Gesundheitszustand – bedeutet, ist dies bei den Werten der Subskalen des Nottingham Health Profile genau umgekehrt. Ein hoher Wert bedeutet hier eine niedrige Lebensqualität (vgl. auch Kapitel 2.3).

Tabelle 52 Darstellung von Einflussprüfungen auf die Subskalen des NHP und des SF-12

| | Subskalen des Nottingham Health Profile | | | | | | Subskalen des SF-12 | | AllGes |
|-------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Energieverlust | Schmerzen | Emotionale Reaktion | Schlaf | Soziale Isolation | Physische Mobilität | SF-12 Körper | SF-12 Psyche | |
| Individuelle Ressourcen | R ² = .181 | R ² = .152 | R ² = .156 | R ² = .057 | R ² = .120 | R ² = .428 | R ² = .209 | R ² = .148 | R ² = .142 |
| | | | Alter = .149 | | | Alter = .135 | Alter = -.173 | Alter = -.183 | |
| | Männl. Geschlecht = .167 | Männl. Geschlecht = .287 | | Männl. Geschlecht = .114 | | Männl. Geschlecht = .198 | Männl. Geschlecht = -.234 | | |
| | | Bildung = -.145 | Bildung = -.145 | Bildung = -.147 | Bildung = -.102 | | | Bildung = .122 | |
| | Selbstvertrauen = -.251 | Selbstvertrauen = -.119 | Selbstvertrauen = -.264 | | Selbstvertrauen = -.185 | Selbstvertrauen = .143 | Selbstvertrauen = .171 | Selbstvertrauen = .308 | |
| | Alltagsbewältigung = -.218 | Alltagsbewältigung = -.135 | Alltagsbewältigung = -.182 | | Alltagsbewältigung = -.222 | Alltagsbewältigung = -.523 | Alltagsbewältigung = .213 | | |
| Strukturelle Ressourcen | R ² = .182 | R ² = .180 | R ² = .316 | R ² = .113 | R ² = .267 | R ² = .209 | R ² = .236 | R ² = .275 | R ² = .278 |
| | Alter = -.151 | Alter = .113 | | Alter = .146 | | Alter = .301 | Alter = -.303 | | |
| | Männl. Geschlecht = .220 | Männl. Geschlecht = .315 | | Männl. Geschlecht = .132 | | Männl. Geschlecht = .225 | Männl. Geschlecht = -.283 | Männl. Geschlecht = -.107 | |
| | | Bildung = -.119 | | Bildung = -.105 | | | | | |
| | Soziale Unterstützung = -.139 | | Soziale Unterstützung = -.151 | | Soziale Unterstützung = -.244 | | | Soziale Unterstützung = .136 | |
| | | | | | | | Familienstand evrheiratet = -.153 | | |
| | Lebenszufriedenheit = -.307 | Lebenszufriedenheit = -.236 | Lebenszufriedenheit = -.468 | Lebenszufriedenheit = -.244 | Lebenszufriedenheit = -.328 | Lebenszufriedenheit = -.303 | Lebenszufriedenheit = .331 | Lebenszufriedenheit = .443 | |
| | Nicht alleine lebend = .109 | | | | | | | | |
| | Faktor Versorgung Arzt&Apothek e = -.199 | | | Faktor Versorgung Arzt&Apothek e = -.104 | | Faktor Versorgung Arzt&Apothek e = .103 | | | |

vgl. Tabelle 45

vgl. Tabelle 46

| | Subskalen des Nottingham Health Profile | | | | | | Subskalen des SF-12 | | AllGes |
|--------------------------|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| | Energiever-lust | Schmerzen | Emotionale Reaktion | Schlaf | Soziale Isolation | Physische Mobilität | SF-12 Körper | SF-12 Psyche | |
| Individuelle Belastungen | R ² = .360 | R ² = .371 | R ² = .438 | R ² = .167 | R ² = .285 | R ² = .507 | R ² = .448 | R ² = .376 | R ² = .142 |
| | | | | | | Alter = .149 | Alter = .132 | | |
| | Männl. Geschlecht = .103 | Männl. Geschlecht = .103 | | | | Männl. Geschlecht = .175 | Männl. Geschlecht = -.168 | | |
| | | Bildung = -.129 | | Bildung = -.118 | | | | | |
| | Fatal = .120 | | Fatal = .429 | Fatal = .102 | Fatal = .369 | | Fatal = .171 | Fatal = -.430 | |
| | Summe Krankheiten = .197 | Summe Krankheiten = .342 | | Summe Krankheiten = .200 | | Summe Krankheiten = .171 | Summe Krankheiten = .276 | | |
| | Krankheitsbelastung = .234 | Krankheitsbelastung = .101 | Krankheitsbelastung = .176 | Krankheitsbelastung = .151 | | Krankheitsbelastung = .108 | Krankheitsbelastung = -.171 | Krankheitsbelastung = -.191 | |
| | | | | | Pflegebedürftig = .115 | Pflegebedürftig = .325 | | | |
| | | | | | Platz im Leben = .113 | Platz im Leben = .149 | Platz im Leben = -.122 | | |
| | Leiden an Erkrankung = .120 | Leiden an Erkrankung = .188 | | | | Leiden an Erkrankung = .172 | Leiden an Erkrankung = -.277 | | |
| Strukturelle Belastungen | R ² = .108 | R ² = .131 | R ² = .242 | R ² = .082 | R ² = .360 | R ² = .121 | R ² = .139 | R ² = .224 | R ² = .071 |
| | | | | | | Alter = .238 | Alter = -.249 | Alter = -.133 | |
| | Männl. Geschlecht = .206 | Männl. Geschlecht = .322 | | Männl. Geschlecht = .120 | | Männl. Geschlecht = .214 | Männl. Geschlecht = -.288 | | |
| | | Bildung = -.156 | Bildung = -.104 | Bildung = -.114 | | | Bildung = .120 | | |
| | Einsamkeit = .277 | Einsamkeit = .130 | Einsamkeit = .483 | Einsamkeit = .188 | Einsamkeit = .586 | Einsamkeit = .171 | Einsamkeit = -.121 | Einsamkeit = -.452 | |
| | | Familienstand verwitwet = -.108 | | | | | Familienstand verwitwet = .147 | | |

vgl. Tabelle 47

vgl. Tabelle 48

Erläuterungen zur Tabelle 52: Die rechte Spalte AllGes bezeichnet die Varianzaufklärungspotentiale für das Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand mit Verweis auf die entsprechende Tabelle. In den Feldern wurden aus Gründen der Übersicht lediglich die standardisierten β -Koeffizienten dargestellt, die ein Niveau von $> +/- .1$ angenommen haben. Durch diese wird der relative Beitrag der einzelnen Variablen zu allen anderen im Modell dargestellt³². Berichtet werden hier nur Ergebnisse aus dem jeweils dritten Analyseschritt der Regressionsanalyse (vgl. Tabelle 45 bis Tabelle 52).

Individuelle Ressourcen

Betrachtet man die erreichten Varianzaufklärungspotentiale in der schattierten Zeile des jeweiligen Abschnittes, so fällt im Vergleich zu den Ergebnissen des Allgemeinen Gesundheitszustandes auf, dass diese zum Teil beträchtlich nach oben (+) und nach unten (-) abweichen. Eine Altersabhängigkeit der Skalen des NHP ergibt sich bei den individuellen Ressourcen lediglich für die Skalen Emotionale Reaktion und Physische Mobilität. Die Altersabhängigkeit der Skalen des SF-12 konnte bereits in der Literatur verfolgt werden (Bjorner, Damsgaard, Watt & Groenvold, 1998). Weiterhin berichtenswert erscheint, dass fast alle Skalen eine Bildungsabhängigkeit zeigen. Es sind eher die körperlich orientierten Skalen (Energieverlust, Physische Mobilität und SF-12 Körper), bei denen sich keine Bildungsabhängigkeit zeigt. Mit Abstand sind es jedoch die psychosozialen Skalen Selbstvertrauen (aus ‚sense of mastery‘) sowie die selbst-konstruierte Skala Alltagsbewältigung, die als Anhaltspunkt für die Beweglichkeit der Befragten sowie für die Bewältigung von *Alltagstätigkeiten* gelten kann, die einen erheblichen Einfluss als individuelle Ressourcen auf die Skalen des NHP und des SF-12 zeigen. Wie gut diese Indikatoren für die Vorhersage von Variationen in den Lebensqualitätsskalen geeignet sind, macht das Beispiel SF-12 deutlich. Bei der Skala *Körper* steht als Einflussfaktor die *Alltagsbewältigung* im Vordergrund, während für die Skala *Psyche* lediglich die Skala *Selbstvertrauen* Berücksichtigung findet. Bedeutsam ist die Vorhersage der eher körperlich orientierten Skala *Physische Mobilität* mit einer Varianzaufklärung von 42.8%. Die Bildung als Maß sozialer Ungleichheit findet hier keine Berücksichtigung.

³² Der standardisierte β -Koeffizient gibt an, um wie viele Standardabweichungen sich die abhängige Variable im Mittel verändert, falls die unabhängige Variable um eine Standardabweichung verändert wird, wobei die anderen unabhängigen Variablen konstant gehalten werden. Die Standardisierung ermöglicht es, die Effekte von Variablen zu vergleichen, die in unterschiedlichen Einheiten gemessen wurden.

Strukturelle Ressourcen

Die Modelle, die für die Ermittlung des Beitrages struktureller Ressourcen auf die Lebensqualität vorgeschlagen wurden, zeigen durchgängig mittlere Varianzaufklärung. Durch die häufige Aufnahme des Alters und des Geschlechtes als Prädiktoren für die Lebensqualität zeigt sich im Gegensatz zu den eben besprochenen individuellen Ressourcen eine Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der weiteren aufgenommenen psychosozialen Indikatoren. Dabei zeigt sich soziale Unterstützung als relevanter Einflussfaktor auf die Zielkriterien. Hier sind es weniger die körperlich orientierten Skalen als die mehr psychosozialen wie beispielsweise *Emotionale Reaktion* und *Soziale Isolation*, die durch soziale Unterstützung und Lebenszufriedenheit vorhergesagt werden können. Interessant erscheint darüber hinaus, dass der selbstkonstruierte Faktor *Versorgung* einen Vorhersagebeitrag für die Skalen *Schmerzen* und *Soziale Isolation* liefert. Zusammenfassend kann für die strukturellen Ressourcen berichtet werden, dass es Alter, männliches Geschlecht sowie soziale Unterstützung und Lebenszufriedenheit sind, die einen Beitrag zur Erklärung der Variation der gesundheitsbezogenen Lebensqualität liefern – in dieser Konkurrenzsituation zeigt sich die soziale Ungleichheit als weniger durchsetzungsstark. Im Gegensatz zum Allgemeinen Gesundheitszustandes bleibt die der Lebensqualitätsskalen jedoch zurück.

Individuelle Belastungen

Betrachtet man hingegen die Modelle, die für die Einflussprüfung individueller Belastungsindikatoren zugrunde gelegt wurden, so konnte ein aussagekräftiges Variablen-tableau ermittelt werden. Exemplarisch soll hier das Modell zur Varianzerklärung der *Physischen Mobilität* herangezogen werden. Bei einer Varianzaufklärung von 50.5% zeigen sich fast alle einbezogenen Variablen als gleich bedeutsam. Beachtenswert erscheint jedoch besonders die Frage nach der eigenen Pflegebedürftigkeit. Sicherlich handelt es sich hier um eine mehr körperlich orientierte Skala aber auch die Untersuchung der eher psychosozialen Skalen wie *Emotionale Reaktion* und *Soziale Isolation* zeigt mit der Aufnahme der Skala *Fatalismus* aus ‚sense of mastery‘ und einer entsprechend hohen Varianzaufklärung (43.8% bzw. 28.5%) die Plausibilität der Modellzuordnung. Eine Bildungsabhängigkeit des unter individuellen Belastungen formulierten Modells kann nur für zwei Skalen angenommen werden (vgl. Tabelle 52).

Strukturelle Belastungen

Auch die strukturellen Belastungen sind im Gegensatz zum weiter oben vorgestellten Modell der Allgemeinen Gesundheit durch ein hohes Varianzaufklärungspotential ge-

kennzeichnet. Lediglich die Skala *Schlaf* des NHP ist in allen Modellen zu Belastungen und Ressourcen nur wenig vorherzusagen (vgl. Tabelle 52). Auch für die strukturellen Belastungen sind es eher die psychisch orientierten Skalen, die durch die Indikatoren der strukturellen Belastungen gut erklärt werden können. Hier ist es die Skala *Einsamkeit*, die einen hohen Beitrag zur Erklärung der Varianz aller Skalen liefert. In der Hälfte aller untersuchten Lebensqualitätsskalen spielt die Bildung als Maß sozialer Ungleichheit eine Rolle.

Im folgenden Abschnitt wird mit Strukturgleichungsmodellen geprüft, wie sich die einzelnen als mehr oder weniger bedeutsam herausgestellten Dimensionen zueinander verhalten, wenn sie gemeinsam in ein Erklärungsmodell der subjektiven Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingebracht werden.

3.4.5 Strukturanalytische Prüfung des Gesamtmodells und Ergebnisse - Studie B

Auch in diesem multivariaten Pfadmodell wird mittels AMOS geprüft, welchen Einfluss auf der einen Seite Alter, Geschlecht sowie als Maß für soziale Ungleichheit die Bildungsvariable bzw. auf der anderen Seite die als Belastungen und Ressourcen definierten psychosozialen Prädiktoren als „Faktoren“ auf den allgemeinen Gesundheitszustand haben. Wiederum wurde nicht die Rohdatenmatrix zugrundegelegt, sondern die Kovarianzmatrix. Da jedoch auch hier ausschließlich die Anzahl der gültigen Fälle berücksichtigt wird, kommt es zu einer Reduktion des Datensatzes von ehemals $n=746$ auf $n=692$. Wie in Studie A beschränkt sich die folgende Analyse auf jeweils eine Ressourcen- und eine Belastungsdimension. Aufgrund dieser Restriktion wird im Folgenden das in Abbildung 43 dargestellte theoretische Modell formuliert und empirisch geprüft. In den folgenden Abschnitten werden zuerst die aus dem Gesamtmodell berechneten standardisierten Pfadkoeffizienten dargestellt.

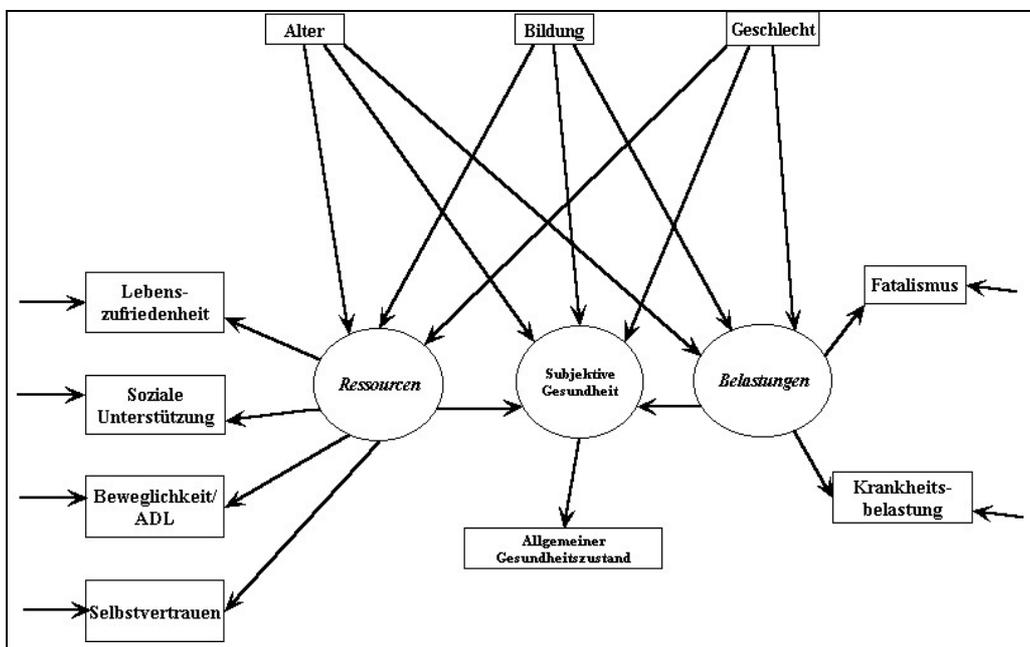


Abbildung 43 Strukturmodell subjektiver Gesundheit mit Ressourcen und Belastungen (Studie B)

Erläuterungen zur Abbildung 43:

Auf der linken Seite des Modells befinden sich die im weiteren Verlauf der Analysen als situativ bezeichneten Variablen Alter, Geschlecht und als Maß sozialer Ungleichheit Bildung. Diese werden in Vierecken dargestellt. Diese bezeichnen immer die objektiv gemessenen Indikatoren. Die im mittleren Teil dargestellten Kreise bezeichnen die im Modell faktorenanalytisch geschätzten latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen. Das eigentliche Zielkriterium „Subjektive Gesundheit“ wird ebenfalls als latente Dimension aufgefasst und über die manifest erhobene Variable „Allgemeiner Gesundheitszustand“ abgebildet (vgl. Tabelle 22).

Bei den situativen Variablen wird von einer „Nicht-Korreliertheit“ zwischen Alter und Geschlecht, sowie zwischen Geschlecht und Bildung ausgegangen.

Die mit *err_* bezeichneten Variablen stellen sogenannte Fehlerterme dar, da davon auszugehen ist, dass die hinter den manifesten Indikatoren stehenden objektiven Messungen nicht „vollständig“ sind. Die Werte für diese Fehlerterme geben Aufschluss darüber, wie „gut“ bzw. „vollständig“ die gemessene Variable ihre Information in die gesamte Analyse einbringt. Sind diese hoch, dann ist davon auszugehen, dass

ein Teil der Information zur adäquaten Abbildung der latenten Dimension über den jeweiligen Indikator noch „fehlt“ (vgl. die Ausführungen zum Strukturgleichungsmodell zu Studie A).

Prüfung des Einflusses situativer Aspekte auf den allgemeinen Gesundheitszustand

Die folgende Abbildung 44 wiederholt das Gesamtmodell aus Abbildung 43 und fokussiert besonders auf die direkten Einflüsse der situativen Variablen auf die subjektive Gesundheit.

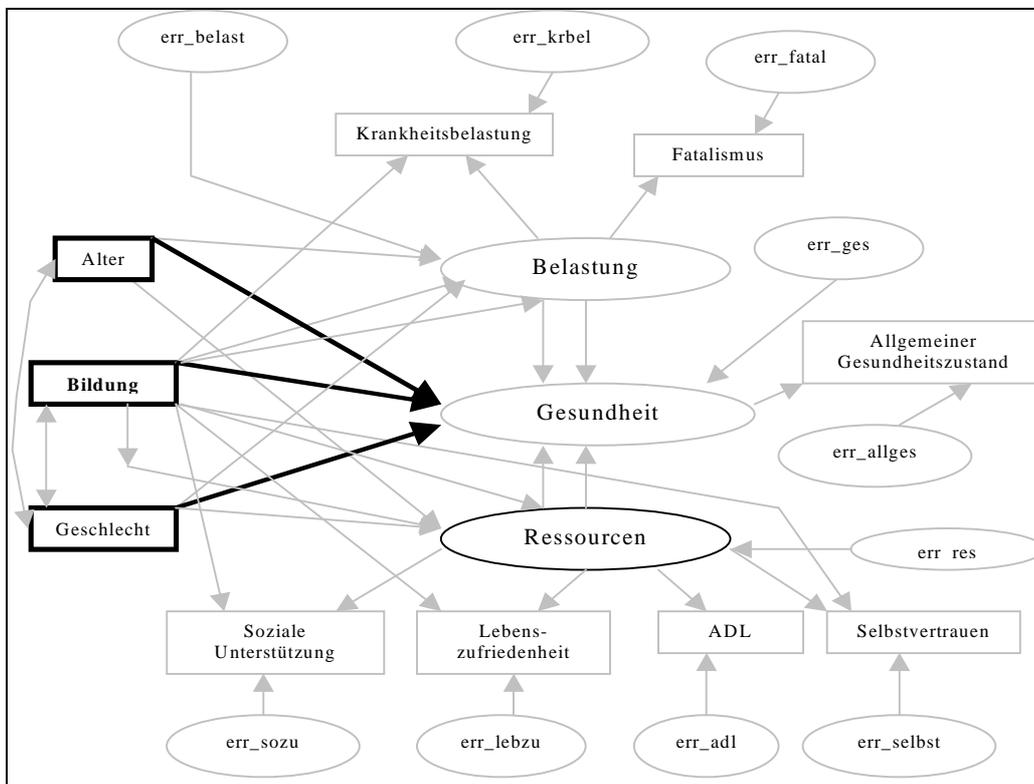


Abbildung 44 Strukturgleichungsmodell der direkten standardisierten Einflüsse von Alter, Geschlecht und Bildung auf die subjektive Gesundheit

Der Einfluss des männlichen Geschlechts auf den Gesundheitszustand zeigte einen deutlichen Einfluss mit einem std. β von $-.22$. Dies bedeutet, dass Männer tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand als Frauen berichten (vgl. Abbildung 45). Ein gut zu interpretierender Einfluss des Alters mit einem Koeffizienten von $-.32$ weist auf

einen schlechteren Gesundheitszustand im hohen Alter hin. Kaum einen direkten Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand weist die Bildungsvariable mit einem standardisierten Regressionskoeffizienten von $-0,04$ aus (vgl. Abbildung 45).

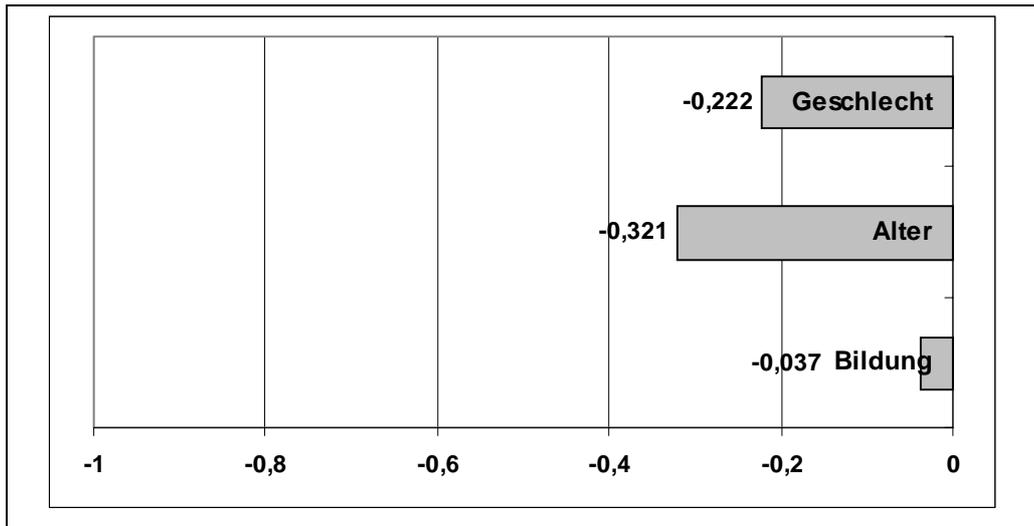


Abbildung 45 Darstellung standardisierter Pfadkoeffizienten - direkter Einfluss der situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie Bildung auf die subjektive Gesundheit

Im Folgenden wird anhand der simultan durchgeführten Faktorenanalyse dargestellt, wie hoch die für die Dimensionen Ressourcen und Belastungen vorgeschlagenen Indikatoren laden. Dies entspricht der Herausstellung in der Abbildung 46.

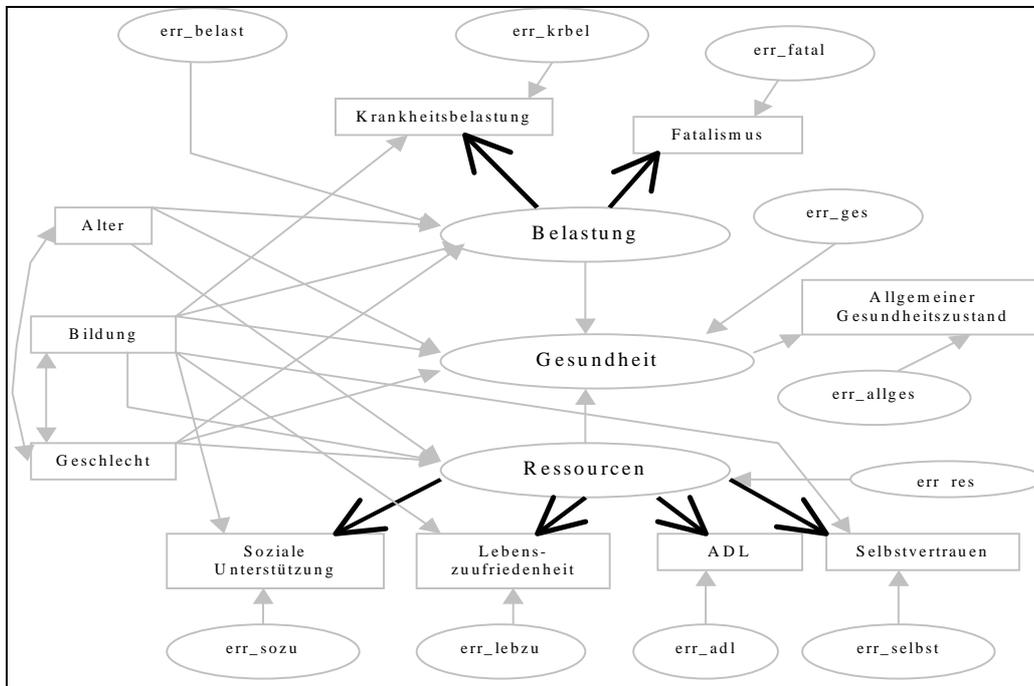


Abbildung 46 Faktoren Belastung und Ressourcen im Strukturgleichungsmodell

Faktorenanalytische Bildung der Dimensionen Ressourcen und Belastungen

Als Bestandteile der Dimension Ressourcen wurde das Selbstvertrauen, die Lebenszufriedenheit, die soziale Unterstützung sowie Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) als körperliche Komponente gewählt (vgl. Abbildung 46). Wie die folgende Abbildung 47 zeigt, lassen sich die standardisierten Pfadkoeffizienten hypothesenkonform gut als Bestandteile der Ressourcen interpretieren.

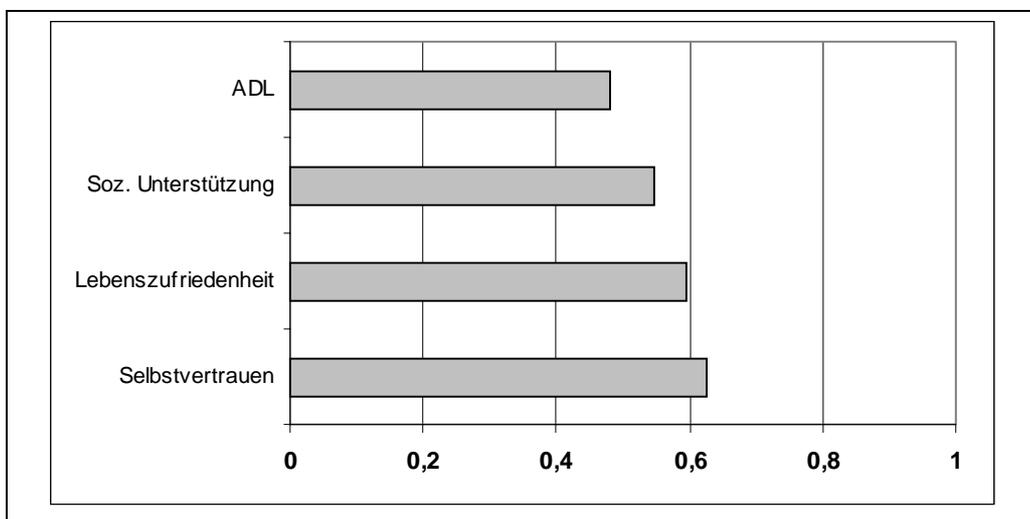


Abbildung 47 Beitrag der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Ressourcen (std. Pfadkoeffizienten)

Alle vorgeschlagenen Prädiktoren für die Dimension Ressourcen weisen mit positiven Pfadkoeffizienten auf eine gute bis sehr gute Übereinstimmung hin. Dies zeigt sich darüber hinaus an den gut zu interpretierenden Faktorladungen, die ebenfalls in AMOS simultan zur Modellschätzung ausgegeben werden. In der folgenden Tabelle 53 werden diese zusammen dargestellt.

Tabelle 53 Faktorladungen der manifesten Indikatoren auf die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen

| | ADL | Soziale Unterstützung | Selbstvertrauen | Lebenszufriedenheit | Krankheitsbelastung | Fatalismus |
|-------------|------|-----------------------|-----------------|---------------------|---------------------|------------|
| Ressourcen | .914 | .469 | .456 | .438 | .026 | .010 |
| Belastungen | 0 | 0 | 0 | 0 | .569 | .411 |

Wie aus Tabelle 53 hervorgeht, wurden für die Dimension Belastungen die manifest erhobenen Indikatoren Fatalismus und Krankheitsbelastung gewählt. In der Faktorenanalyse konnte für die Skala Einsamkeit kein interpretierbares Ergebnis ermittelt werden. Von daher wird dieser Prädiktor nicht weiter verfolgt. Zudem wurde in AMOS unter den Modification Indices darauf verwiesen, dass es bei Entnahme der Skala Einsamkeit zu einer deutlichen Verbesserung des Gesamtmodells kommt (GFI von

.775 auf .845³³). Auch hier werden in der folgenden Abbildung 48 die Pfadkoeffizienten dieser Variablen grafisch dargestellt. Dabei zeigt sich auch hier, dass die Prädiktoren einen guten bis sehr guten Beitrag zur Formulierung der Belastungsdimension leisten.

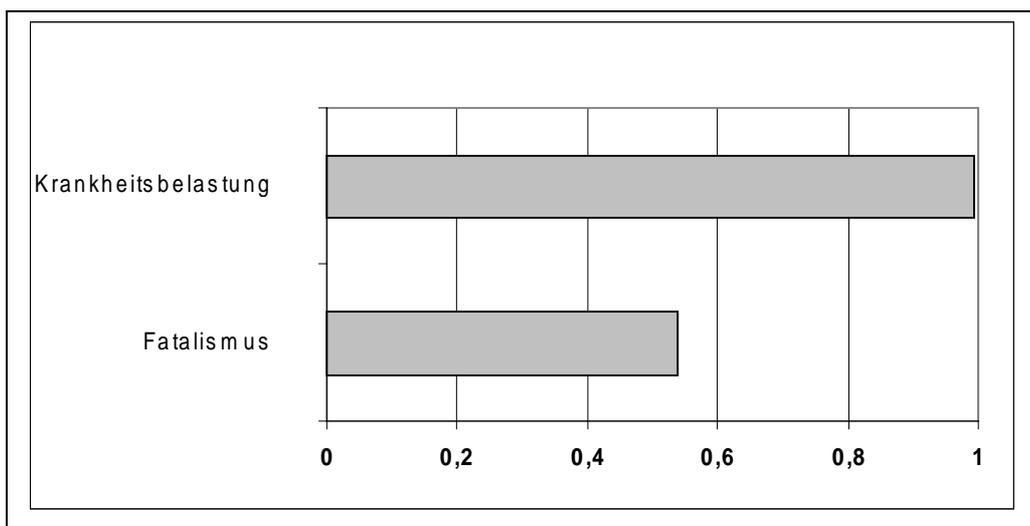


Abbildung 48 Beitrag der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Ressourcen (std. Pfadkoeffizienten)

Die Skala Krankheitsbelastung weist mit einem standardisierten Pfadkoeffizienten von fast eins (std. β .99) und die Skala Fatalismus, hier interpretiert als externale Kontrollüberzeugung mit einem std. β .54 auf einen hohen Beitrag dieser Prädiktoren für die latente Dimension Belastung hin.

Abhängigkeitsprüfung der Dimensionen Belastungen und Ressourcen von sozialer Ungleichheit, Alter und Geschlecht

Der folgende Abschnitt geht der Frage nach, in welchem Maße die neu gebildeten Faktoren Belastung und Ressourcen von den situativen Indikatoren Alter, Geschlecht

³³ Der GFI (General Fit Index) Koeffizient gibt einen Hinweis über die Höhe der Varianz bzw. Kovarianz, die durch das theoretische Modell erklärt wird. Der Wert fällt in das Intervall zwischen 0 und 1 und wird dahingehend interpretiert, dass je höher der Wert (ein Wert größer als .9 hat sich als Konvention etabliert) ist, desto besser repräsentieren die Daten das Modell. Eine Interpretation macht somit vor allem im Vergleich zweier Lösungen einen Sinn (Mueller, 1996, S. 84).

und Bildung abhängen. Dieser Teilaspekt des Modells wird im Folgenden visualisiert (vgl. Abbildung 49).

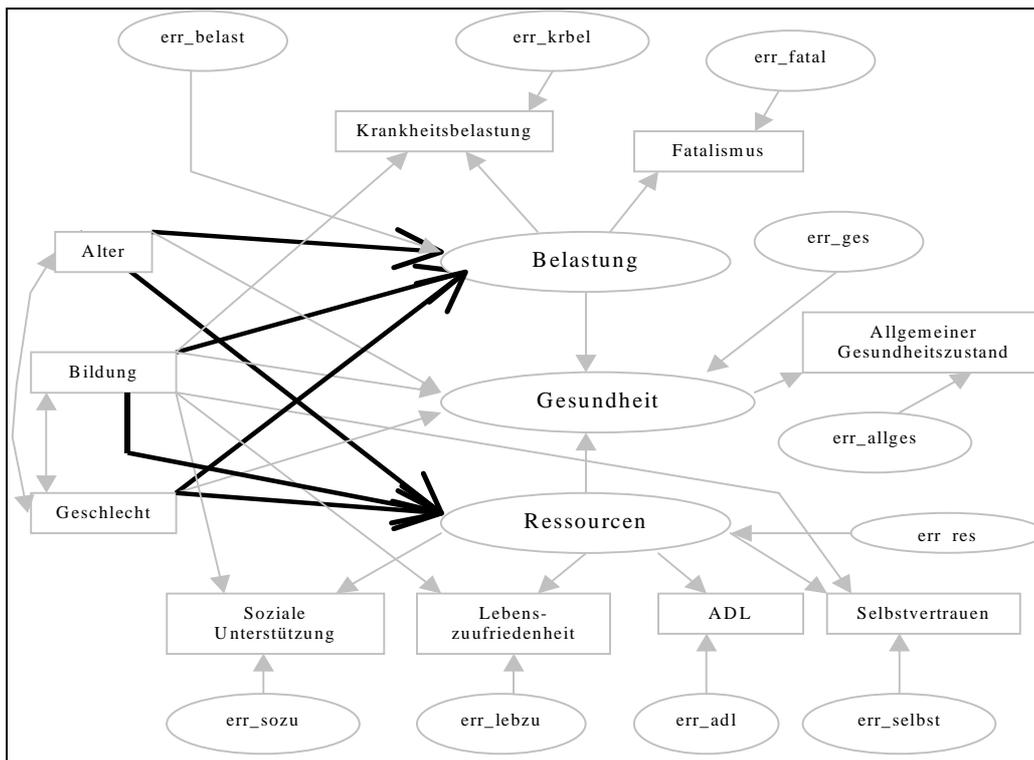


Abbildung 49 Strukturgleichungsmodell der spezifischen Einflüsse von Alter, Geschlecht und Bildung auf die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen

Wie in folgender Abbildung 50 zu sehen ist, zeigt sich durch einen standardisierten Koeffizienten von .27, der auf eine hohe Ressourcenausprägung bei einem hohen Bildungsgrad hinweist, ein hypothesenkongformes Ergebnis. Gleiches Ergebnis findet sich auch hinsichtlich der Bildungsabhängigkeit der Belastungen. Ein Pfadkoeffizient von -.09 weist zwar auf eine hypothesenkongforme Abhängigkeit der Belastungen hin, die Stärke des Effektes ist jedoch nur schwach ausgeprägt, so dass hier von keinem Zusammenhang zwischen Bildung und Belastungen auszugehen ist.

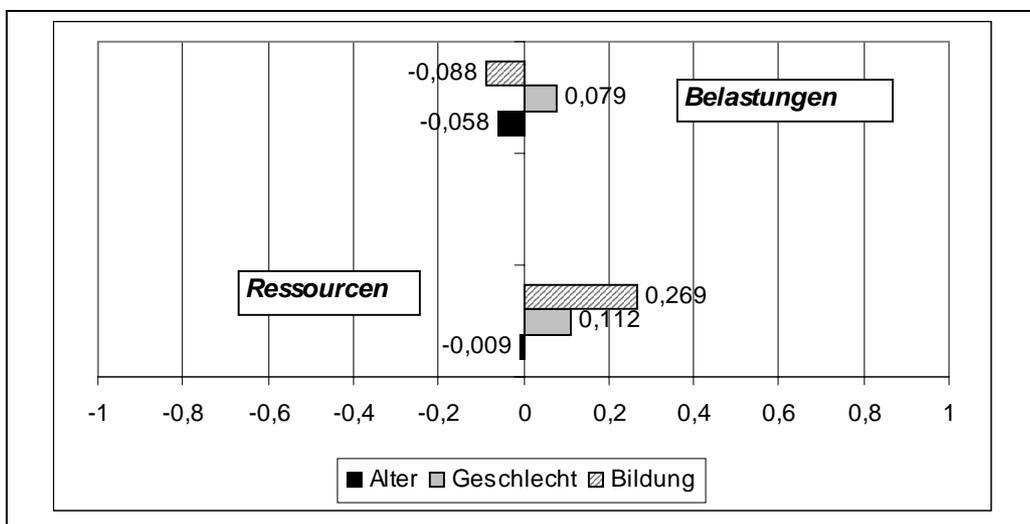


Abbildung 50 Beitrag der situativen Indikatoren auf die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastung

Der direkte standardisierte Beitrag des Alters auf beide Dimensionen erweist sich als unbedeutend. Die Einflussprüfung des Geschlechtes weist für die latente Dimension Ressourcen darauf hin, dass hier Männer höhere Ressourcen berichten. Beide situativen Variablen spielen für die Belastungen keine Rolle (vgl. Abbildung 50).

Direkter Einfluss der Bildung auf die manifesten Variablen der Ressourcendimension

Folgender Abschnitt prüft die Hypothese, dass die hinter den latenten Dimensionen stehenden Indikatoren direkt durch die Bildung als Maß sozialer Ungleichheit abhängen. Auch hier muss dem Anspruch der Identifizierbarkeit des Modells (s. o.) Rechnung getragen werden. Aus diesem Grunde wurde auf die Prüfung des Indikators „Beweglichkeit“ (ADL) verzichtet – die eher körperlich orientierte Variable wurde zu Gunsten der eher psychosozialen Prädiktoren vernachlässigt. Die Abbildung 51 zeigt dies visuell auf.

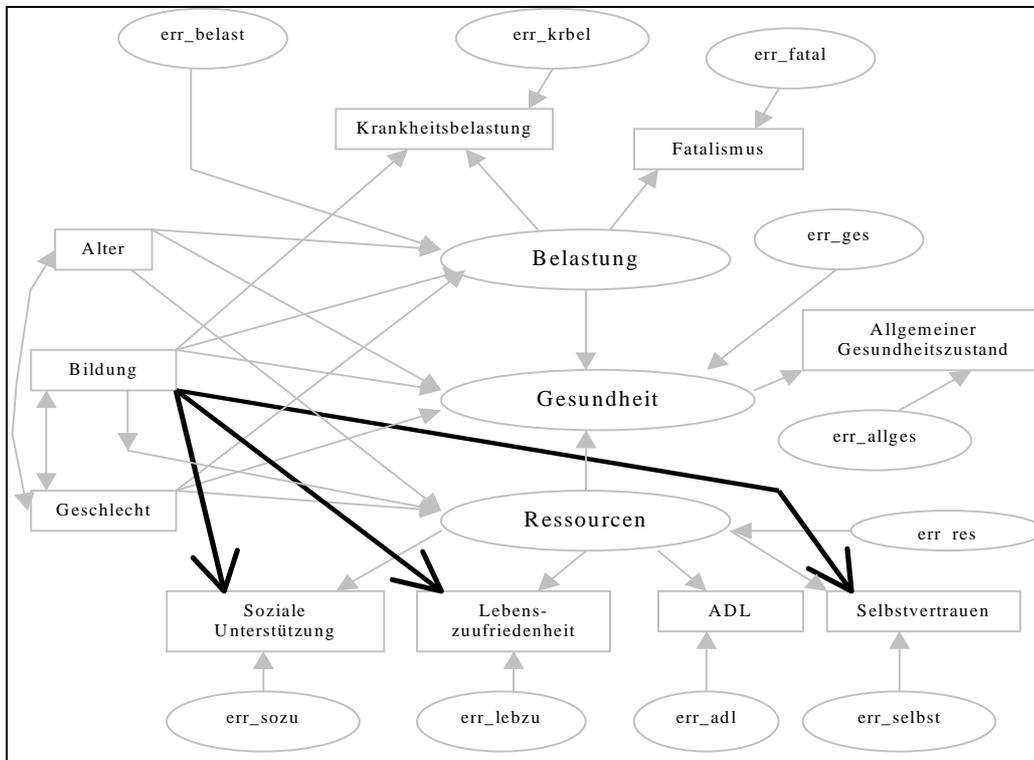


Abbildung 51 Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Indikatoren der latenten Dimension Ressourcen

Insgesamt weisen die standardisierten Pfadkoeffizienten zwischen Bildung und den als Ressourcen definierten manifest erhobenen Indikatoren auf einen geringen direkten Zusammenhang hin. Lediglich ein Koeffizient von -0.15 weist auf einen tendenziell geringeren Selbstvertrauen bei höheren Bildungsgraden hin. Dieses Ergebnis entspricht nicht der Hypothese, dass Selbstvertrauen – hier interpretiert als internale Kontrollüberzeugung – in höheren sozialen Lagen stärker ausgeprägt ist. Die Prüfung des standardisierten direkten Einflusses der Bildung auf soziale Unterstützung und Lebenszufriedenheit weist darauf hin, dass zwischen diesen Variablen keine Abhängigkeit besteht (vgl. Abbildung 52).

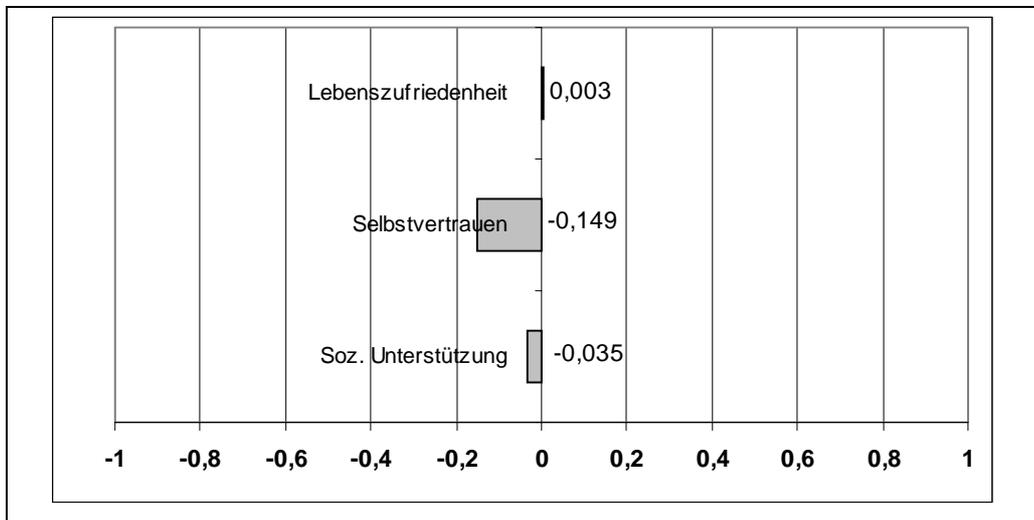


Abbildung 52 Direkter standardisierter Einfluss der Bildung auf die Indikatoren der Ressourcendimension

Direkter Einfluss der Bildung auf die manifesten Variablen der Belastungsdimension

Als Variablen, die die manifesten Indikatoren für die Belastungsdimension darstellen, wurden Fatalismus als externale Kontrollüberzeugung sowie für das spezifisch hier untersuchte Klientel die Krankheitsbelastung aufgenommen. Dabei konnte kein direkter Effekt der Bildung auf die als manifest definierten Indikatoren der Belastungsdimension aufgenommenen Prädiktoren Krankheitsbelastung und Fatalismus gefunden werden.

Wirkung der Belastungs- und Ressourcendimension auf den Allgemeinen Gesundheitszustand

Die Wirkung der latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen visualisiert die folgende Abbildung 53.

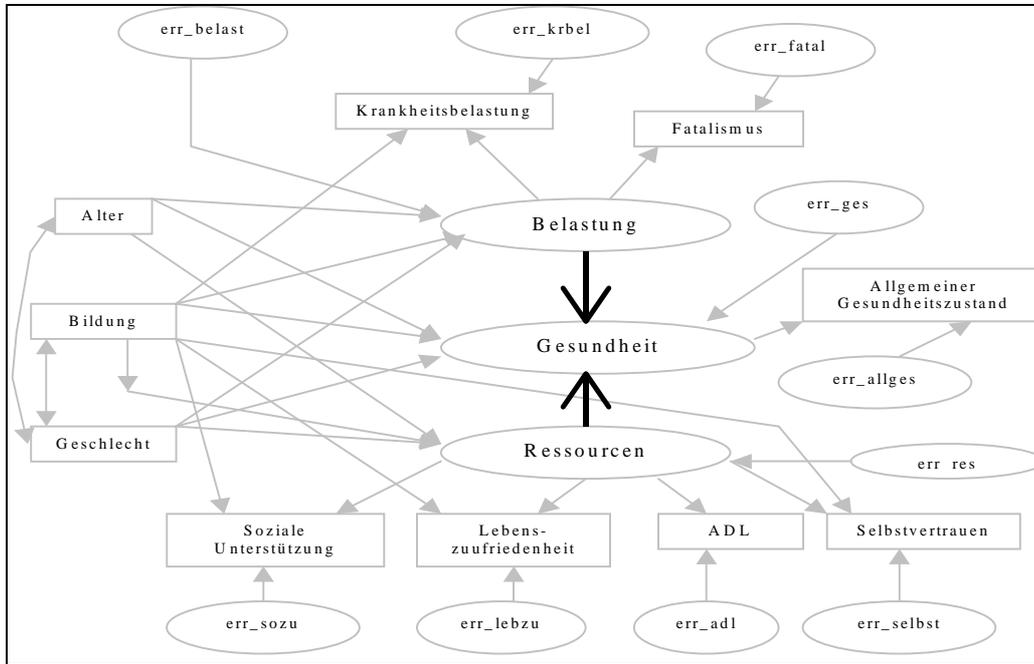


Abbildung 53 Wirkung der latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die subjektive Gesundheit

Die folgende Abbildung 54 zeigt den direkten Einfluss der Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand.

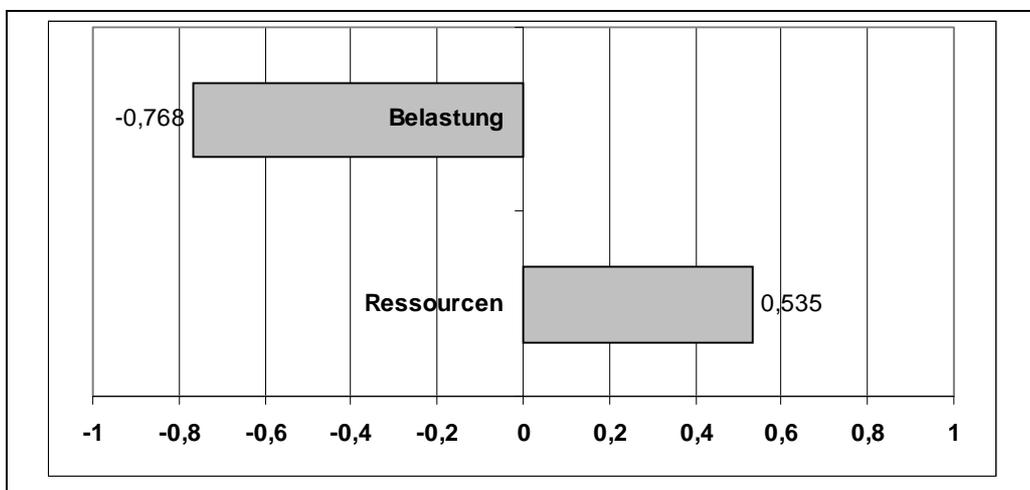


Abbildung 54 Direkter Einfluss der Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand

Dabei sind beide Beiträge sowohl der der Ressourcen- wie auch der der Belastungsdimension so zu interpretieren, dass mit deutlichem Beitrag die latente Dimension Belastungen den selbstberichteten Allgemeinen Gesundheitszustand (std. β $-.77$) ‚erklärt‘ – eine erhöhte Belastung geht mit einem geringen allgemeinen Gesundheitszustand einher. Ebenfalls hypothesenkonform stellt sich der Beitrag der Dimension Ressourcen auf den allgemeinen Gesundheitszustand mit einem std. β von $.54$ dar. Nach der oben formulierten Hypothese, nach der die hinter der Dimension Ressourcen stehenden Einzelprädiktoren – die, wie Abbildung 47 zudem zeigt, insgesamt einen großen Beitrag zum neuen Faktor Ressourcen darstellen – einen positiven Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand haben, stellt sich dies nach Abbildung 54 ebenso dar.

Indirekte Effekte

Eine weitere Möglichkeit bietet sich, mit Strukturgleichungsmodellen indirekte Effekte standardisiert nachzuzeichnen. Dies kann mit dem Wirkmechanismus der situativen Aspekte über die neuen latenten Dimensionen – hier Belastungen und Ressourcen – auf die dahinter stehenden manifest gemessenen Indikatoren verglichen werden. Der Beitrag erfolgt nicht mehr, wie oben dargestellt, direkt durch soziale Ungleichheit auf die manifesten Indikatoren, sondern indirekt über die neuformulierten Dimensionen Belastungen und Ressourcen. Dies wird vorab durch die folgende Abbildung 55 dargestellt.

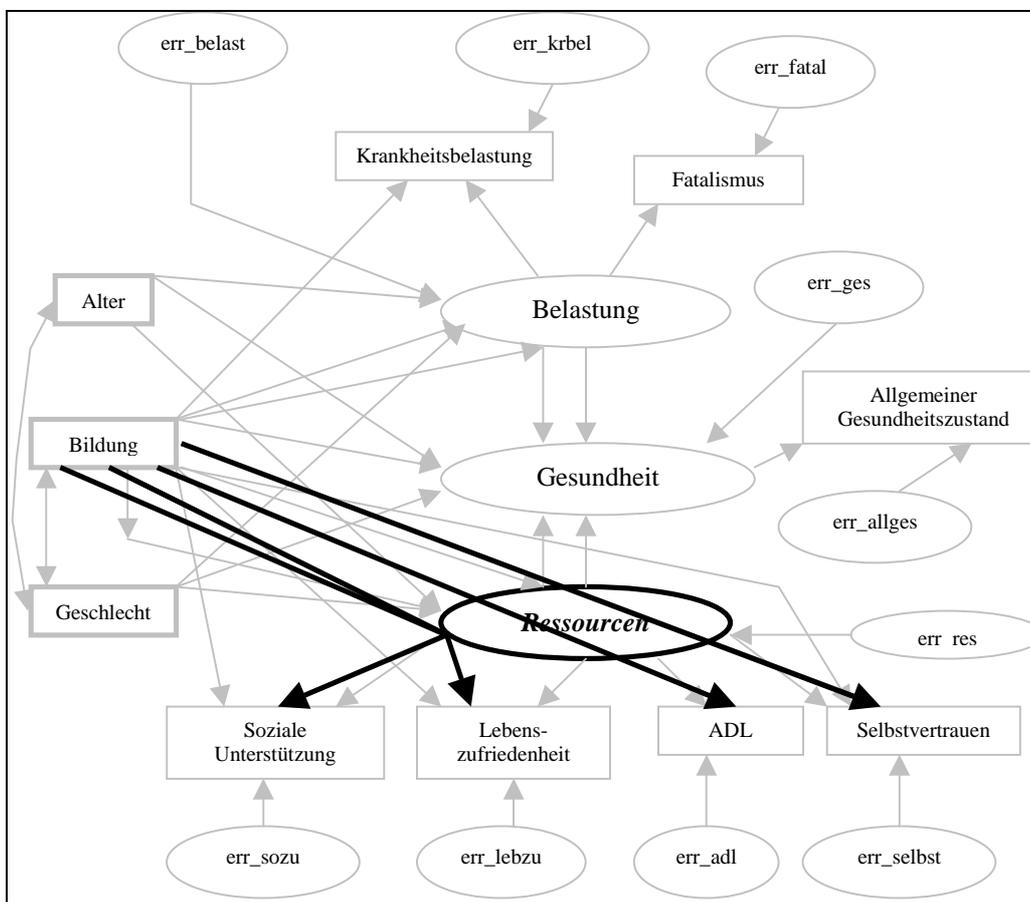


Abbildung 55 Visualisierung standardisierter indirekter Effekte von Bildung auf die Indikatoren der Ressourcendimension

Indirekte Effekte sozialer Ungleichheit auf die Indikatoren der Ressourcen und der Belastungsdimension

Wiederum hypothesenkonform sind die indirekten Effekte der Bildung auf die Indikatoren der Dimension Ressourcen (vgl. Abbildung 55). Die Bildung wirkt mit einem std. β von .13 indirekt auf die Bewältigung täglicher Aktivitäten, mit .15 auf die soziale Unterstützung, mit .17 auf das Selbstvertrauen und mit .16 auf die Lebenszufriedenheit.

Die Untersuchung der indirekten Wirkung von sozialer Ungleichheit auf die manifesten Variablen der Dimension Belastung, zeigt mit einem std. β von -.09 auf die Krankheitsbelastung sowie einem schwachen negativen Beitrag auf den Fatalismus (std. β

= -.05), dass der indirekte Einfluss über die Belastungsdimension ebenso schwach bleibt wie bei der direkten Messung bereits gezeigt werden konnte.

Indirekte Effekte sozialer Ungleichheit auf den allgemeinen Gesundheitszustand

Kontrolliert man im Vergleich den standardisierten direkten Effekt der sozialen Ungleichheit auf den allgemeinen Gesundheitszustand, so zeigte sich kaum ein Einfluss (std. β = -.04). Auf der anderen Seite zeigt der standardisierte indirekte Effekt (Einfluss über Ressourcen und Belastungen) der sozialen Ungleichheit auf den allgemeinen Gesundheitszustand einen deutlichen Effekt mit .21 (vgl. Abbildung 56). Bei der Prüfung, welche der zugrunde gelegten latenten Dimensionen für diesen Effekt verantwortlich ist, zeigt sich, dass dies vor allem die Dimension Ressourcen ist. Bei der Prüfung (hier nicht dargestellt), in der wechselseitig der Einfluss von Ressourcen und Belastungen auf die subjektive Gesundheit entfernt wurde, zeigte sich kaum ein indirekter standardisierter Einfluss der Bildung über die Belastung auf die Gesundheit – im Gegensatz zum Einfluss der Bildung über die Dimension Ressourcen darauf.

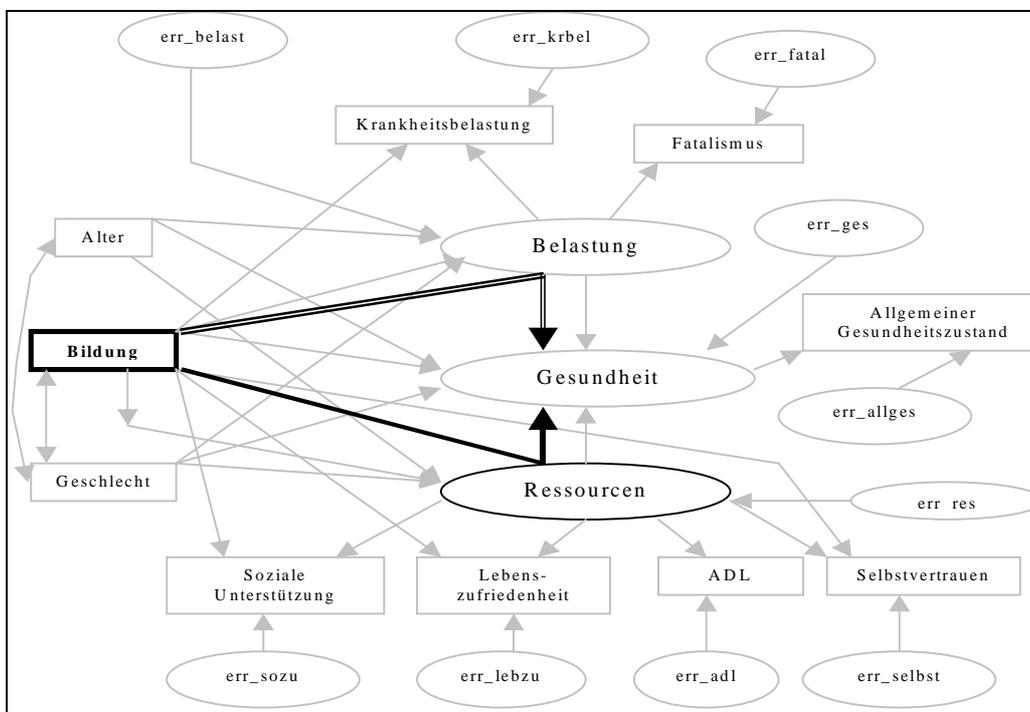


Abbildung 56 Indirekter Einfluss sozialer Ungleichheit auf die subjektive Gesundheit über Ressourcen und Belastungen

Zusammenfassung

Insgesamt weisen die Ergebnisse in einem komplexen Strukturgleichungsmodell darauf hin, dass der direkte Effekt von situativen Merkmalen wie Alter und Geschlecht auf die subjektive Gesundheit bei dem hier untersuchten Klientel chronisch kranker Menschen nur schwach ausgeprägt ist. Dabei zeigt sich, dass mit höherem Alter ein schlechterer Gesundheitszustand berichtet wird. Anders gestaltet sich jedoch der Einfluss des Geschlechtes. Hier zeigt sich, dass es eher die Männer sind, die tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand berichten. Stellt man in diesem Zusammenhang die standardisierten Effekte des Geschlechtes auf die Dimensionen Ressourcen und Belastungen dar, so zeigt sich für den Einfluss des Geschlechtes auf die Belastungen mit einem std. β von .21, dass eher die Männer vermehrt Belastungen berichten – der Einfluss des Geschlechtes auf die Ressourcen ist unbedeutend.

Untersucht man den direkten Einfluss der Bildungsvariable auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die Indikatoren, so zeigen sich insgesamt nur moderate Effekte. Dies gilt sowohl für die als Belastungen wie auch für die als Ressourcen definierten

manifest erhobenen Indikatoren. Ausnahme ist hier die Krankheitsbelastung, die deutlich darauf hinweist, dass chronisch Kranke mit höherem Bildungsniveau eine geringere Krankheitsbelastung berichten.

Auf der anderen Seite sind in dem hier vorgelegten Modell zwei Dimensionen formuliert worden, bei denen sich sowohl für die der Belastungen als auch für die der Ressourcen zeigte, dass die dahinter stehenden manifesten Messungen diese Konstrukte gut abbilden.

Betrachtet man nun die indirekten Effekte der sozialen Ungleichheit, also die Wirkweise, die die Bildung über die neu formulierten Dimensionen Belastungen und Ressourcen nimmt, so zeigt sich ein erheblicher Einfluss durch eine Zunahme des Effektes der sozialen Ungleichheit auf die manifest erhobenen psychosozialen Einflussfaktoren. Dies passt mit den eingangs formulierten Hypothesen, dass der Einfluss der sozialen Ungleichheit über den „Umweg Ressourcen und Belastungen“ seinen Weg auf den allgemeinen Gesundheitszustand nimmt.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität - das Nottingham Health Profile (NHP)

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie sich die in Kapitel 3.4.3 vorgestellten Zielkriterien der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in dem Strukturgleichungsmodell (vgl. Abbildung 43) darstellen und welcher Einfluss der sozialen Ungleichheit auf diese besteht.

Um die Analyse überschaubar zu halten, werden im Folgenden vier der sechs Subskalen des Nottingham Health Profile ausgewählt. Die Auswahl beschränkt sich in erster Linie auf die Abbildung von eher körperlichen Aspekten der Lebensqualität auf der einen Seite und auf der anderen Seite auf die von eher psychosozialen Aspekten. Von daher fiel die Wahl – auch unter Berücksichtigung der im vorangegangenen Abschnitt bereits beschriebenen Zielkriterien innerhalb der schrittweisen Regressionsanalysen – auf die Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation* als eher psychosozial orientiert sowie auf die Skalen *Energieverlust* und *Physische Mobilität* als eher körperlich orientiert.

Faktorenanalytische Bildung der Dimensionen Ressourcen und Belastungen

In Abweichung vom Kapitel zum allgemeinen Gesundheitszustand wird eine andere Reihenfolge der Ergebnisdarstellung gewählt, da vorab unbekannt war, wie sich die

simultan zu schätzenden Ergebnisse der Faktoren- und Regressionsanalyse im Strukturgleichungsmodell darstellen, wenn das Zielkriterium – hier vier ausgewählte „latente“ Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des NHP – so codiert ist, dass hohe Werte eine schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität repräsentieren. Dies betrifft vor allem die faktorenanalytische Bestimmung der beiden Dimensionen Belastung und Ressourcen. Wie die folgende Abbildung 57 zeigt, kommt es zu einer differenzierten Gewichtung der manifest erhobenen Indikatoren für die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen.

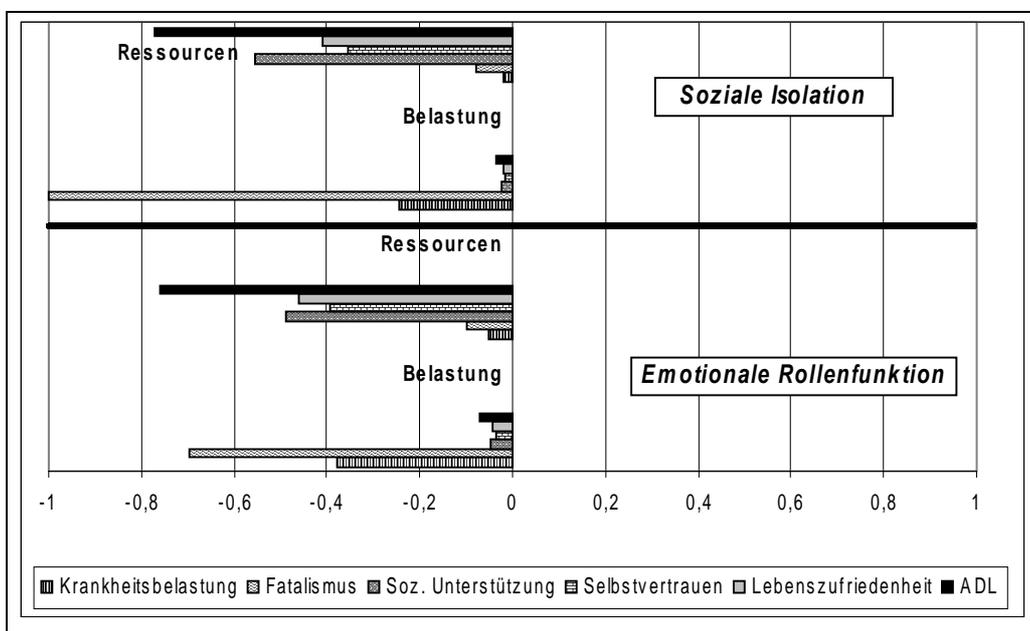


Abbildung 57 Konfirmatorische Faktorenanalyse im Strukturgleichungsmodell für die Skalen Soziale Isolation und Emotionale Rollenfunktion - NHP

Wie Abbildung 57 zeigt, kommt es bei den Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation* - die Skalen die als eher psychosozial benannt wurden - zu einer deutlichen Interpretation der Faktorenlösung, wobei die Faktorgewichte jedoch in den negativen Bereich weisen: Die für die Dimension Ressourcen vorgesehenen Indikatoren Beweglichkeit (ADL), soziale Unterstützung, Selbstvertrauen und Lebenszufriedenheit laden deutlich auf dieser Dimensionen, die Indikatoren der Dimension Belastung – Fatalismus und Krankheitsbelastung – nur wenig, jedoch wiederum hoch auf der Dimension Belastung. Somit ist von einer deutlichen Faktorenstruktur auszugehen.

Anders stellt sich die Situation für die Skalen *Physische Mobilität* und *Energieverlust* dar (vgl. Abbildung 58).

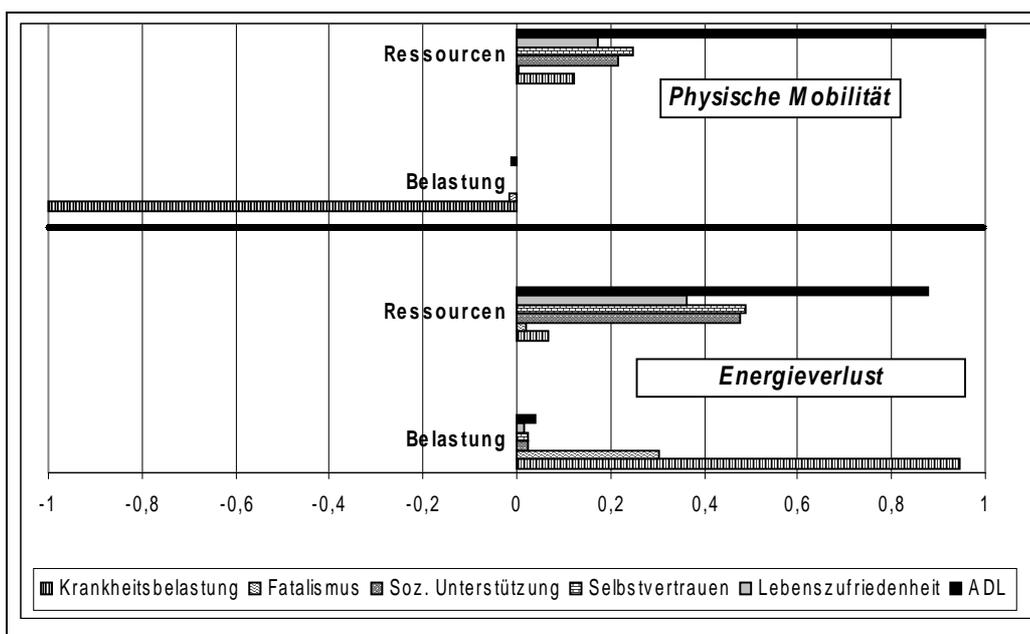


Abbildung 58 Konfirmatorische Faktorenanalyse im Strukturgleichungsmodell für die Skalen Physische Mobilität und Energieverlust - NHP

Während es für die Skala *Energieverlust* zu einer Bestätigung der Annahmen kommt, nämlich dass die Indikatoren der Dimension Ressourcen auch auf dieser hoch laden und die Indikatoren der Belastung ebenfalls nur auf dieser und auf der anderen niedrig, ist die Lösung für die Skala *Physische Mobilität* nur schwer nachzuvollziehen (vgl. Abbildung 58). Alle aufgenommenen Indikatoren laden auf der Dimension Ressourcen positiv, dies gilt auch für die „belastenden“ Indikatoren. Lediglich die Skala Krankheitsbelastung (jeweils der unterste schraffierte Balken) lädt auf der Dimension Belastung hoch negativ, alle anderen Indikatoren kaum. Diese Skala beherrscht die Dimension Belastung.

Direkte Einflüsse der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Ressourcen

Die folgende Abbildung 59 verdeutlicht, basierend auf der im Modell simultan durchgeführten Regressionsanalyse, die im Modell gefundenen ursächlichen Abhängigkeiten

zwischen manifesten Indikatoren und latenter Dimension Ressourcen (std. β Gewichte).

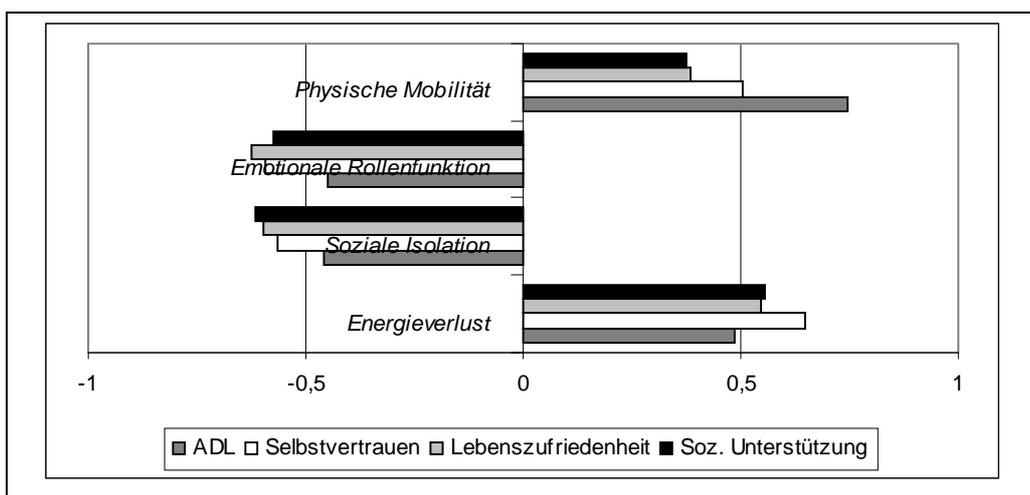


Abbildung 59 Standardisierte Pfadkoeffizienten des Gesamtmodells für die manifesten Indikatoren der latenten Dimension Ressourcen für vier Subskalen des NHP

Im Modell *Physische Mobilität* (oberste vier Balken in Abbildung 59) sind alle Pfadkoeffizienten dahingehend zu interpretieren, dass die Ressourcenindikatoren die neue latente Dimension Ressourcen so abbilden, in dem sie einen deutlichen ursächlichen Beitrag darstellen. Gleiches kann auch für die im Modell *Energieverlust* präsentierten Ergebnisse für die Dimension Ressourcen gefolgert werden. Ganz anders stellt sich hier die Lösung für die eher psychosozial orientierten Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation* dar. Hier weisen die Ressourcen Indikatoren auch wiederum klar in eine Richtung - jedoch negativ (vgl. Abbildung 59).

Es kann an dieser Stelle wohl davon ausgegangen werden, dass abhängig vom Zielkriterium die Bedeutung der beiden latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen gewechselt wird – dass also Ressourcen nunmehr fehlende Ressourcen heißen und Belastungen zu Entlastungen werden. Denkbar wäre an dieser Stelle aber auch die Abkehr von einem sich tragenden Modell (Ressourcen – Belastungen) hin zu einem reinen Belastungsmodell. Aufschluss hierzu sollen die nächsten Auswertungen des Modells bringen.

Direkte Einflüsse der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Belastungen

Wie die Abbildung 60 zeigt, kommt es bei der Prüfung der direkten standardisierten Effekte der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Belastung zu ganz spezifischen Zuweisungen. Während es für alle Subskalen zu negativen Effekten der Skalen Fatalismus und Krankheitsbelastung auf die neue Dimension Belastung kommt, verhält es sich bei der Skala *Energieverlust* anders. Hier weisen die standardisierten Pfadkoeffizienten darauf hin, dass bei hoher Krankheitsbelastung und Fatalismus auch die Belastung als neuer Faktor bzw. Dimension insgesamt hoch ist. Für die drei verbleibenden Skalen ergibt die Interpretation genau das Gegensätzliche: Hoher Fatalismus und Krankheitsbelastung sind hier gleichbedeutend mit niedriger Belastung – unter der Berücksichtigung der spezifischen Zielkriterien *Physische Mobilität*, *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation* (vgl. Abbildung 60).

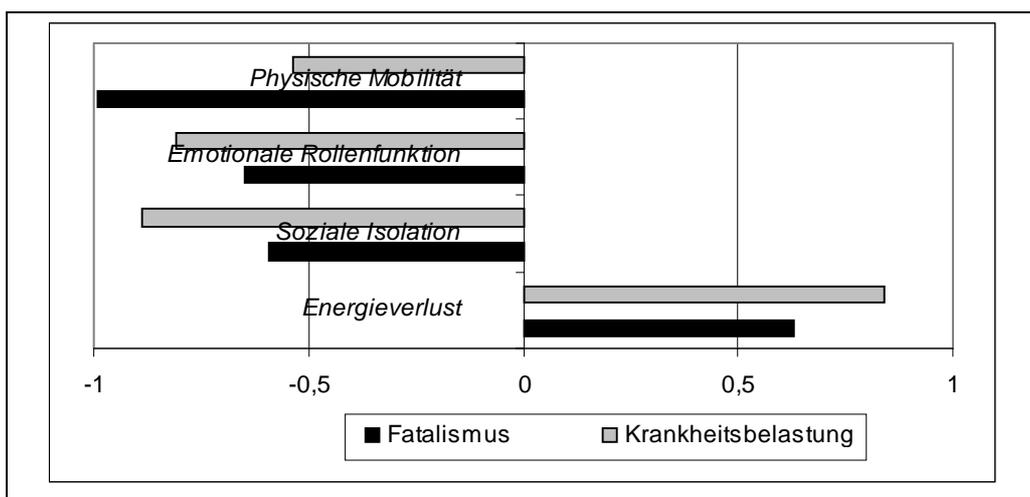


Abbildung 60 Standardisierte Pfadkoeffizienten des Gesamtmodells für die manifesten Indikatoren der latenten Dimension Belastung für vier Subskalen des NHP

In den folgenden Abschnitten wird das Gesamtmodell geprüft und abschließend auf die standardisierten indirekten Effekte eingegangen. Begonnen wird die Darstellung mit den direkten Einflüssen der situativen Aspekte Alter und Geschlecht sowie der Bildung als Maß sozialer Ungleichheit.

Abhängigkeitsprüfung der Dimensionen Belastungen und Ressourcen von sozialer Ungleichheit, Alter und Geschlecht

Dieser Abschnitt geht der Frage nach, wie stark die Bedeutung der situativen Aspekte für die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen ist.

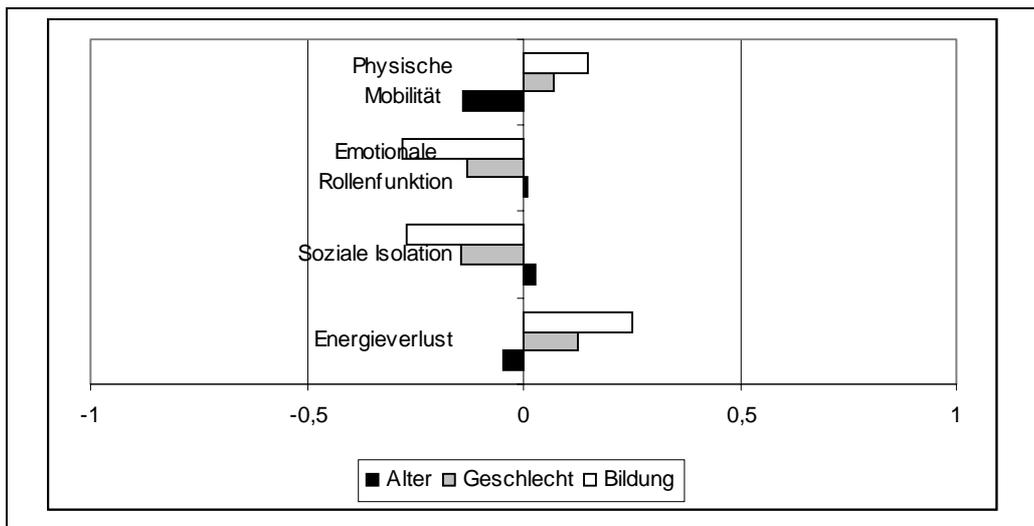


Abbildung 61 Direkte standardisierte Effekte von Alter, Geschlecht und Bildung auf die latente Dimension Ressourcen

Wie Abbildung 61 darstellt, weist die Bildung für alle Modelle einen moderaten Einfluss auf die latente Dimension Ressourcen aus. Dabei sind aber die Skalen Physische Mobilität und Energieverlust so zu interpretieren, dass ein höherer Bildungsgrad auch eine höhere Ressourcenausstattung bedeutet.

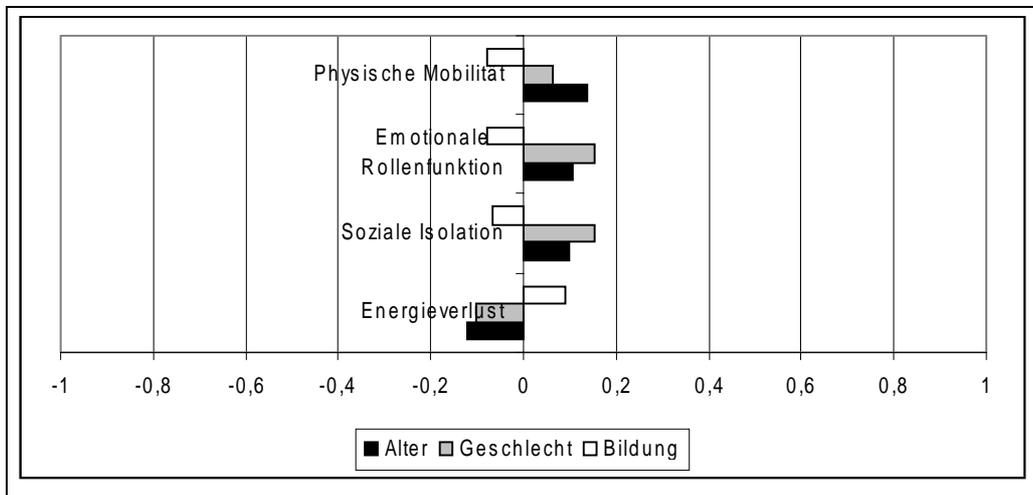


Abbildung 62 Direkte standardisierte Effekte von Alter, Geschlecht und Bildung auf die latente Dimension Belastung

Im Gegensatz zum Modell, in dem der direkte standardisierte Einfluss der situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie Bildung auf die Dimension Ressourcen geprüft wurde, sind es im Modell Belastungen Alter und Geschlecht, die einen Einfluss, wenn auch sehr geringen, auf die Belastungen ausüben (vgl. Abbildung 62).

Direkte Einflüsse von Alter, Geschlecht und Bildung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der folgende Abschnitt geht auf alle vier Subskalen des NHP ein und stellt dar, welchen Einfluss die situativen Variablen des Gesamtmodells haben (vgl. Abbildung 63).

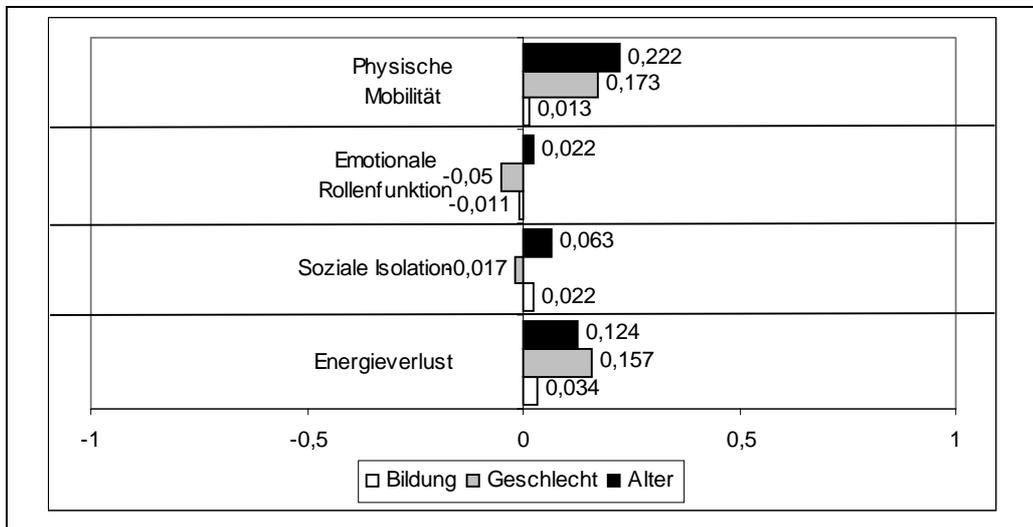


Abbildung 63 Standardisierte Pfadkoeffizienten der Einflüsse der situativen Variablen und Bildung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Analyse zeigt, dass die direkten standardisierten Einflüsse (std. β) auf die vier Subskalen des NHP gering sind. Lediglich für die Modelle, in deren Mittelpunkt die Zielkriterien *Physische Mobilität* und *Energieverlust*, also die eher körperlich orientierten Dimensionen, gestellt wurden, zeigt sich, dass es in erster Linie die situativen Variablen Alter und Geschlecht sind, die einen Einfluss ausüben. Unter der Berücksichtigung, dass die Subskalen des NHP so zu interpretieren sind, dass höhere Werte eine schlechtere Lebensqualität bedeuten, gehen die Ausprägungen mit den bereits weiter oben gefundenen Ergebnissen einher: Höheres Alter bedeutet eine schlechtere körperlich bezogene Lebensqualität und es sind erster Linie Männer, die dies berichten. Für die Skala *Physische Mobilität* überwiegt das Alter als Einflussgröße, für die Skala *Energieverlust* das männliche Geschlecht. Für die beiden eher psychosozialen Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation* spielen Alter und Geschlecht eine untergeordnete Rolle. Für alle hier untersuchten Zielkriterien zeigt der direkte standardisierte Einfluss der Bildung als Maß sozialer Ungleichheit keinen Effekt.

Direkter Einfluss der Bildung auf die manifesten Variablen der Ressourcendimension

Die folgende Auswertung untersucht den direkten Einfluss der Bildung auf die manifest erhobenen Variablen der Ressourcendimension und stellt in Abbildung 64 die standardisierten Pfadkoeffizienten dar.

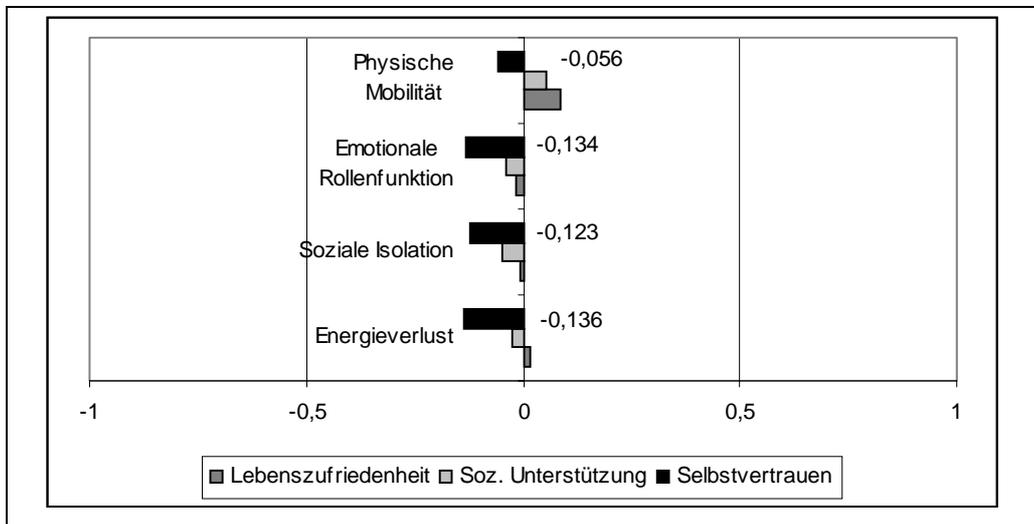


Abbildung 64 Direkter standardisierter Einfluss der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Ressourcendimension (NHP Skalen)

Vergleicht man dieses Ergebnis mit denen für den allgemeinen Gesundheitszustand, (vgl. Abbildung 52), so unterscheiden sich die Ergebnisse nur wenig. Lediglich die Skala Selbstvertrauen (Werte sind angegeben) weist auf eine Bildungsabhängigkeit hin – jedoch dahingehend, dass eine hohe Bildung geringes Selbstvertrauen bedeutet.

Auch für das Modell der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen die manifest erhobenen Aspekte der Belastungsdimension (Fatalismus und Krankheitsbewältigung) keine direkte standardisierte Bildungsabhängigkeit.

Wirkung der Belastungs- und Ressourcendimension auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Den Einfluss der latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die Subskalen des NHP stellt der nächste Abschnitt dar.

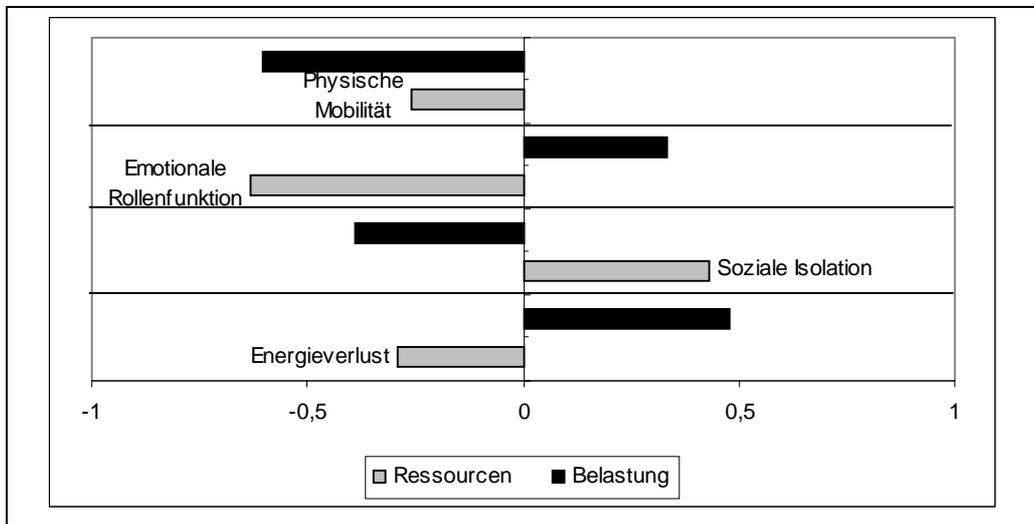


Abbildung 65 Direkter standardisierter Einfluss der latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Wie in Abbildung 65 zu sehen ist, kommt es, wie in der faktorenanalytischen Bildung der latenten Dimensionen bereits vermutet, zu einer sehr differenzierten Einflussnahme der Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die vier Zieldimensionen des Nottingham Health Profile.

Dabei sind die Ergebnisse für die beiden Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Energieverlust* deutlich interpretierbar. Aufgrund der Polung bedeuten bei den NHP-Skalen hohe Werte eine schlechtere Lebensqualität. Somit weisen die hier gefundenen Werte darauf hin, dass hohe Belastungen eine schlechtere und niedrige Ressourcen eine bessere Lebensqualität bedeuten. Anders stellt sich jedoch die Situation für die Skala *Physische Mobilität* dar. Während die Richtung der standardisierten Koeffizienten für die Dimension Ressourcen als unabhängige Variable noch interpretierbar ist – hier weist ein negativer Wert daraufhin, dass bei niedrigen Ressourcen auch eine niedrige Lebensqualität (physische Mobilität) zu erwarten ist – legt die Richtung des Koeffizienten für die Belastungsdimension gleiche Interpretation nahe. Möglicherweise liegt dies mit der parallel gebildeten Faktorenstruktur zusammen, in der die Krankheitsbelastung als der Indikator für diese Dimension herausgestellt wurde (vgl. Abbildung 58).

Eine andere Interpretation erfordert das Ergebnis für die Skala *Soziale Isolation*. Hier bedeutet eine hohe Belastung eine geringe soziale Isolation und hohe Ressourcenausprägung eine hohe soziale Isolation. Um eine Interpretation an dieser Stelle bereits

vorweg zunehmen, scheint ein Rückgriff auf die Zusammensetzung des hier untersuchten Klientels wichtig. Während die Höhe der Belastungen auf eine ebenfalls hohe soziale Eingebundenheit hinweist und die Höhe der Ressourcen eher auf eine soziale Isolation schient hier eine Umkehrung des Zielkriteriums passiert zu sein. Erklärbar ist dies möglicherweise mit der simultanen Schätzung sowohl der Faktoren wie auch der Pfadlösung. Das Zielkriterium *Soziale Isolation* wird hier zu einem neuen Faktor „Soziale Eingebundenheit“. Betrachtet man in diesem Zusammenhang wiederum die im Modell vorgeschlagene Faktoriösung (vgl. Abbildung 57), so zeigt sich, dass hier sowohl die Indikatoren der Belastungs- wie auch die der Ressourcendimension negativ laden.

Indirekte Effekte

Im folgenden Abschnitt wird geprüft, wie sich die vorab direkten Einflüsse innerhalb eines komplexen Modells verändern, wenn indirekte standardisierte Effekte untersucht werden.

Indirekte Effekte sozialer Ungleichheit auf die Indikatoren der Ressourcen Dimension

In einem ersten Abschnitt wird der standardisierte indirekte Beitrag der sozialen Ungleichheit, hier dargestellt über die Variable Bildung, auf die manifesten Indikatoren der Ressourcen Dimension untersucht.

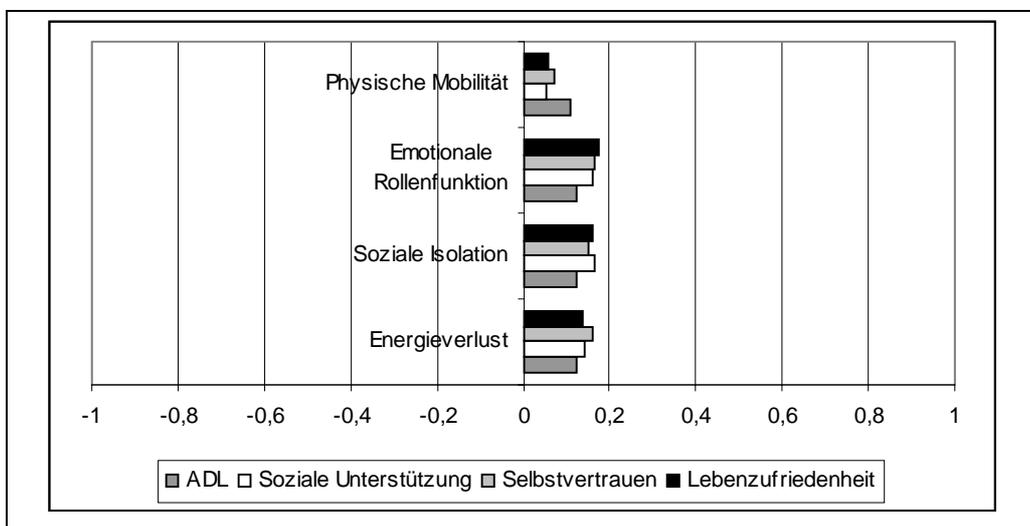


Abbildung 66 Indirekte Effekte sozialer Ungleichheit auf manifeste Indikatoren der Ressourcen Dimension

Ähnlich wie im Modell des allgemeinen Gesundheitszustands, zeigt die Bildungsvariable einen positiven Einfluss auf alle Indikatoren der Ressourcendimension. Abweichend erscheinen hier lediglich die geringeren Werte für die Skala *Physische Mobilität* – hier überwiegen wohl andere Einflussfaktoren. Von der Stärke des Effektes sind sie in etwa gleicher Höhe wie im Modell „Allgemeiner Gesundheitszustand“: std. β .11 bis .13 für die Beweglichkeit (ADL), .06 bis .17 für soziale Unterstützung, .07 bis .17 für die Skala Selbstvertrauen und .06 bis .17 für die Lebenszufriedenheit.

Prüft man hingegen die indirekten standardisierten Effekte der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Belastungsdimension, so zeigt sich lediglich, dass bei steigender Bildung auch die Belastung hinsichtlich Fatalismus und Krankheitsbelastung abnimmt. Die Höhe der Pfadkoeffizienten weist jedoch auf einen nur schwachen Zusammenhang hin.

Indirekte Effekte sozialer Ungleichheit auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Als Abschluss wird der indirekte standardisierte Einfluss der sozialen Ungleichheit auf die Subskalen des NHP dargestellt (vgl. Abbildung 67).

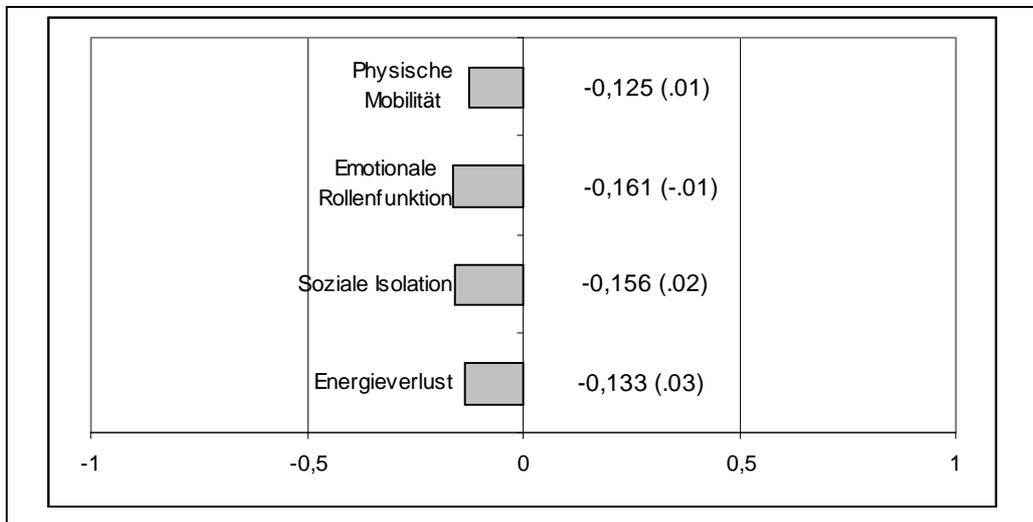


Abbildung 67 Indirekter standardisierter Einfluss der Bildung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (NHP)

Es sind in erster Linie die Skalen, die weiter oben den eher psychosozial orientierten Bereichen des NHP zugeordnet wurden, *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation*, auf die die Bildung einen Einfluss ausübt. Insgesamt muss hier jedoch nur von moderaten Effekten ausgegangen werden. Es kommt jedoch zu einer deutlichen Zunahme des Effektes, wenn die Bildung und ihr zugerechneter Einfluss auf die Lebensqualität indirekt dargestellt wird. Dies wird dann deutlich, wenn der Vergleich zu den direkten standardisierten Effekten gemacht wird. Die entsprechenden Pfadkoeffizienten aus dem direkten Modell sind in der Abbildung 67 in den Klammern dargestellt.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität – der SF-12

Im abschließenden Beitrag zur strukturanalytischen Prüfung des Einfluss sozialer Ungleichheit auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität werden zusammengekommen die beiden Skalen des SF-12 Körper und Psyche dargestellt. Begonnen wird mit der Darstellung der faktoriellen Lösung im Strukturgleichungsmodell.

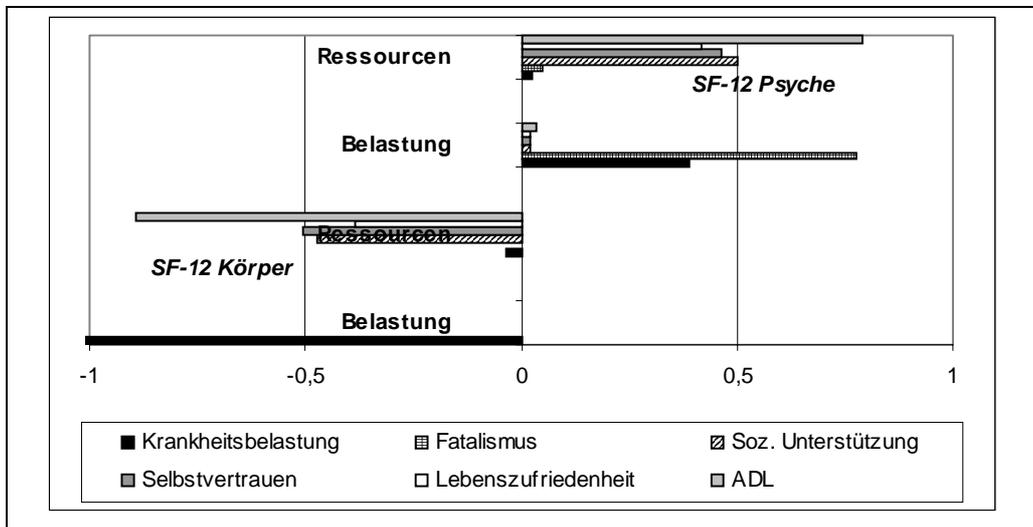


Abbildung 68 Konfirmatorische Faktorenanalyse im Strukturgleichungsmodell für die Skalen SF-12 Körper und SF-12 Psyche

Bei der Darstellung der Faktorenanalyse zeigt sich, dass zwischen der psychischen und der körperlichen Skala im Modell differenziert wird (vgl. Abbildung 68). Während für die Dimension Belastung im *SF-12 Psyche* Fatalismus und die Krankheitsbelastung hoch positiv laden, ist es im *SF-12 Körper* ausschließlich die Krankheitsbelastung, die eine Bedeutung für die Dimension Belastung zeigt. Vergleicht man die körperlich orientierte Skala *Physische Mobilität* (vgl. Abbildung 58), so zeigt sich das gleiche Bild. Gleiche Skalenzuordnung zu den Faktoren Ressourcen besteht auch für die Skala *SF-12 Psyche* wie bei den NHP Skalen *Soziale Isolation* und *Emotionale Rollenfunktion* (vgl. Abbildung 57). Hier sind es jeweils Fatalismus bei der Belastungsdimension sowie alle manifesten Indikatoren der Ressourcen, die auf dieser Dimension hoch positiv laden. Somit gelingt hier der Vergleich, dass es bei körperlich orientierten Dimensionen zu einer Überbetonung der Krankheitsbelastung kommt und die entsprechenden Indikatoren der Ressourcendimension ebenfalls hoch negativ laden. Bei den eher psychosozialen Skalen ist es Fatalismus, der eine hohe Bedeutung für die Belastungsdimension erhält.

Bei der Betrachtung der direkten standardisierten Effekte der situativen Variablen Alter (std. β .06) und Geschlecht (std. β -.04) sowie der Bildung (std. β .01) auf die Skala *SF-12 Psyche* zeigt sich kein Zusammenhang.

Auch die Fortführung der Untersuchung, welchen **direkten standardisierten Einfluss** die manifesten Indikatoren der **Ressourcendimension** auf diesen „neuen“ Faktor haben, weist auf gute Übereinstimmung und einen hohen Beitrag hin: So zeigt das Selbstvertrauen mit einem std. β von .63, die Lebenszufriedenheit mit .59, die soziale Unterstützung mit .57 sowie die Beweglichkeit (ADL) mit .45 eine gute Abbildung des Faktors Ressourcen durch die entsprechenden Indikatoren.

Vergleicht man hingegen die Abbildung der latenten **Belastungsdimension** im *SF-12 Psyche* durch die manifesten Indikatoren – direkte standardisierte Effekte – so zeigt sich auch hier eine Abhängigkeit mit deutlichen Effekten: Fatalismus mit std. $\beta = .82$ sowie Krankheitsbelastung mit std. $\beta = .64$.

Diese neuen Dimensionen im **Modell SF-12 Psyche** hängen auch mit relativ schwachen aber gut zu interpretierenden Effekten von den situativen Variablen ab. Das Alter hat bei dem hier untersuchten Klientel keinen **Einfluss auf die Ressourcendimension** (std. $\beta = -.03$) – anders sieht es jedoch beim Geschlecht aus, wo ein Pfadkoeffizient von .13 auf einen moderaten Effekt des männlichen Geschlecht auf die psychische Lebensqualität hinweist. Auch der Einfluss der Bildung mit einem std. β von .27 zeigt, dass mit steigendem Bildungsgrad die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Bereich Psyche ansteigt. Stellt man die **Effekte der situativen Variablen auf die Belastungsdimensionen** dar, so zeigen sich auch hier gut zu interpretierende Bedingungen: Mit steigendem Bildungsgrad sinkt die berichtete Belastung (std. $\beta = -.11$) ebenso wie ein höheres Alter auf sinkende Belastungen hinweist (std. $\beta = -.16$). Der Einfluss des Geschlechts erweist sich hier als unbedeutsam.

Den **direkten standardisierten Einfluss der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Ressourcendimensionen** kann man dahingehend zusammenfassen, dass der bereits weiter oben festgestellte negative Beitrag der Bildung zum Selbstvertrauen (std. $\beta = -.14$) den einzigen Zusammenhang darstellt. Die Ergebnisse für Lebenszufriedenheit und sozialen Unterstützung deuten auf keinen direkten Zusammenhang hin. Der einzig geprüft **direkte Einfluss der Bildung auf die Krankheitsbelastung** als Indikator der Belastungsdimension zeigt wie in allen bereits vorher gezeigten Modellen keinen Zusammenhang.

Die weiter oben dargestellte gute **Abbildung der latenten Dimensionen durch die Indikatoren** schlägt sich auch mit deutlichen Effekten auf die Dimension *SF-12 Psyche* nieder. Mit einem std. β von .23 weist die Ressourcendimension darauf hin, dass bei ausgeprägten Ressourcen mit einer Verbesserung der psychischen Lebensqualität

zu rechnen ist - ebenso wie bei einer Zunahme der Belastungen (std. $-.53$) von einer Abnahme der psychischen Lebensqualität auszugehen ist.

Die **indirekten Effekte (SF-12 Psyche)** der Variable Bildung auf die Indikatoren der Dimension Ressourcen zeigen eine deutliche Steigerung des standardisierten Effektes. So hat die Bildung durch die Dimension Ressourcen (vgl. Abbildung 55) einen standardisierten indirekten Effekt auf die Beweglichkeit (ADL) mit einem std. β von $.12$, auf die soziale Unterstützung mit $.16$, auf das Selbstvertrauen mit $.17$ sowie auf die Lebenszufriedenheit mit $.16$. Hatte die Bildung bei der Betrachtung der direkten Einflussnahme auf die psychische Lebensqualität noch einen gegen 0 gehenden Effekt (std. $\beta = .01$), so erhöht sich dieser durch die Betrachtung der indirekten standardisierten Einflussnahme auf $.13$. In diesem Zusammenhang bleibt zu erwähnen, dass die indirekten standardisierten Effekte der Variablen Alter und Geschlecht auf die psychische Lebensqualität nicht an Stärke gewinnen.

SF-12 Körper

Anders als im vorab vorgestellten Modell für die Skala *SF-12 Psyche* zeigt sich für das Modell Körper ein deutlicher direkter Zusammenhang zwischen den situativen Variablen Alter (std. $\beta - .22$) und Geschlecht ($-.20$). Somit berichten Männer eine schlechtere körperliche Lebensqualität – dies weicht von dem bisher geprüften Modell ab – und ein hohes Alter geht ebenfalls mit einer schlechteren körperlichen Lebensqualität einher.

Unter Rückgriff auf das oben bereits dargestellte faktorenanalytische Modell, wird nun geprüft, wie sich in der Pfadanalyse die manifesten Indikatoren auf die neu gebildeten latenten Dimensionen darstellen. Dabei zeigt sich, dass alle Indikatoren der Ressourcendimension mit einem deutlich negativen Effekt auf diese Dimensionen hinweisen (vgl. Tabelle 54).

Tabelle 54 Direkte standardisierte Effekte der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Ressourcen (SF-12 Körper)

| Indikator | | Dimension | std. β |
|-----------------------|---|------------|--------------|
| Selbstvertrauen | ← | Ressourcen | -0.65 |
| Lebenszufriedenheit | ← | Ressourcen | -0.56 |
| Soziale Unterstützung | ← | Ressourcen | -0.55 |
| Beweglichkeit (ADL) | ← | Ressourcen | -0.49 |

Dieser schwer zu interpretierende Zusammenhang zeigte sich bereits oben bei der NHP Skala *Physische Mobilität* und deutete sich bei den Faktorladungswerten an (vgl. Abbildung 68). Wenn man den Faktor hypothesenkonform als Ressource interpretiert, so bedeutet dies, dass alle Ressourcenindikatoren bei hoher Ausprägung niedrige Ressourcen bedingen.

Hingegen deuten die Indikatoren der Belastungsdimension ebenso schwierig interpretierbar auf die Dimension Belastung hin. Hohe standardisierte Effekte bedeuten hier eine geringe Belastung bei hoher Ausprägung der Indikatoren.

Tabelle 55 Direkte standardisierte Effekte der Indikatoren auf die latente Dimension Belastung (SF-12 Körper)

| Indikator | | Dimension | std. β |
|---------------------|---|-----------|--------------|
| Fatalismus | ← | Belastung | -0.53 |
| Krankheitsbelastung | ← | Belastung | -0.90 |

Die Prüfung, in **welcher Form die neuen Dimensionen Belastung und Ressourcen von den situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie von der Bildung abhängen**, weist hier in der Tat auf eine Umkehrung in der inhaltlichen Interpretation der Dimensionen hin. Es zeigt sich, dass die Ressourcen mit negativem (std. $\beta = -.25$), die Belastungen hingegen mit positivem Effekt (std. $\beta = .14$) von der Bildung abhängen. Bei den Ressourcen deutet sich an, dass ein std. β von $-.12$ darauf hinweist, dass Männer die geringeren Ressourcen berichten. Das Alter hat hier keinen Einfluss auf die Ressourcenausprägung. Dies wiederholt sich bei der Prüfung, in welcher Form

Belastungen von Alter und Geschlecht abhängen. Keine der beiden Variablen hängt ursächlich mit der Belastungsdimension zusammen (vgl. Tabelle 56).

Tabelle 56 Direkter standardisierter Einfluss der situativen Variablen und sozialer Ungleichheit auf die Dimensionen Ressourcen und Belastungen (SF-12 Körper)

| Dimension | | situative Variable | std. β |
|------------|---|--------------------|--------------|
| Ressourcen | ← | Alter | 0.04 |
| Ressourcen | ← | Geschlecht | -0.12 |
| Ressourcen | ← | Bildung | -0.25 |
| Belastung | ← | Bildung | 0.14 |
| Belastung | ← | Alter | 0.06 |
| Belastung | ← | Geschlecht | -0.08 |

Ebenso wie in den vorangegangenen Modellen zeigt sich, dass der direkte **standardisierte Einfluss der Bildungsvariable auf die manifesten Indikatoren der Ressourcen** auch für den *SF-12 Körper* nur gering ist bzw. auf keine ursächliche Abhängigkeit hinweist. Lediglich die Variable Selbstvertrauen weist mit einem std. β von -.14 darauf hin, dass bei höherer Bildung ein niedrigeres Selbstvertrauen zu erwarten ist (visualisiert in Abbildung 51). Die Untersuchung der direkten Einflussnahme der Bildung auf den Belastungsindikator Krankheitsbelastung zeigt keinen Zusammenhang.

Durch die Darstellung der **direkten Effekte sowohl der Ressourcen- wie auch der Belastungsdimension auf die körperliche Lebensqualität** (visualisiert in Abbildung 53) wird der Schluss nahegelegt, dass bei der Faktorenbildung tatsächlich eine Umkehrung in der Bedeutung der Dimensionen vorgenommen wurde. Mit einem std. β von -.18 weist die Ressourcendimension auf die körperliche Lebensqualität hin. Dies würde bei einer stringenten Interpretation bedeuten, dass bei steigenden Ressourcen die körperliche Lebensqualität (SF-12 Körper) abnehmen würde. Ebenso zeigt die Dimension Belastung mit einem std. β von .32 an, dass sich bei zunehmenden Belastungen die körperliche Lebensqualität verbessert.

Für die Skala SF-12 Körper zeigt sich anders als für die Skala Psyche keine Verbesserung des **indirekten standardisierten Effektes der Bildung** auf das Zielkriterium körperliche Lebensqualität. Zeigte der direkte standardisierte Effekt der Bildung auf die Lebensqualität bereits keinen Zusammenhang, so kann auch durch die Bildung

zweier latenter Dimensionen kein Erklärungszuwachs der körperlichen Lebensqualität durch die Bildung nachgezeichnet werden. Der indirekte standardisierte Effekt der Bildung auf die manifesten Indikatoren hingegen steigt gegenüber dem Modell der direkten Einflussnahme deutlich an. Hier hängen die Beweglichkeit (ADL) mit einem std. β von .12, die soziale Unterstützung mit .14, das Selbstvertrauen mit .16 sowie die Lebenszufriedenheit mit ebenfalls .14 positiv von der Bildung ab. Bei den Belastungsindikatoren ragt lediglich die Krankheitsbelastung mit einem std. β von -.14 hervor. Betrachtet man die weiter oben vorgenommene Mutmaßung, dass die Ressourcendimension faktorenanalytisch in eine Dimension „Fehlende Ressourcen“ uminterpretiert wurde, müssen diese Koeffizienten natürlich auch dahingehend interpretiert werden, dass mit höherem Bildungsgrad die fehlenden Ressourcen wiederum ansteigen. Die Belastungsdimension scheint dabei ihre ursprüngliche Bedeutung beibehalten zu haben. Die Krankheitsbelastung ist bei chronisch Kranken mit höherer Bildung am geringsten (std. β = .14).

3.4.6 Zusammenfassung Studie B

In der unter Studie B vorgelegten Untersuchung wurde die Versorgungslage und -qualität sowie deren Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei 746 chronisch kranken Menschen in Hamburg untersucht. Die Auswertung der dabei erhobenen Daten umfasst in dem hier konzipierten Untersuchungsdesign folgende Vorgehensweise:

Auf Basis theoretischer Vorüberlegungen zur Erklärung sozial bedingter ungleicher Verteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde in Anlehnung an Vorüberlegungen Steinkamps und in enger Affinität an die bereits von Knesebeck vorgelegten Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit bei alten Menschen ein eigenes Modell konzipiert, das als Erklärungsschritt zwischen die Ebene der sozialen Ungleichheit (Makro-Ebene) und der Ebene von Lebensqualität und subjektiver Gesundheit (Mikro-Ebene) eine Ebene psychosozialer Lebenskontexte (Meso-Ebene) stellt. Diese Vorgehensweise wurde mit einer Reihe Leithypothesen unterlegt, deren grundsätzliche Annahmen aus der Literatur abgeleitet wurden.

Nach einer Beschreibung der ursprünglichen Untersuchungsmethodik und der Stichprobenbeschreibung, innerhalb derer auch die eingesetzten psychometrischen Untersuchungsinstrumente sowie eigene Entwicklungen vorgestellt wurden, wurde ein theoretisches Modell entwickelt, das dem von Steinkamp eng angelehnt ist, jedoch explizit

auf die Untersuchungsbedingungen der Studie B eingeht. Dieses Modell beinhaltet in Region der Meso-Ebene alle wesentlichen Belastungs- und Ressourcenindikatoren, von denen angenommen wurde, dass sie auf die subjektive Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität Einfluss haben. Die Meso-Ebene wurde in je zwei Ebenen struktureller sowie individueller Belastungen und Ressourcen differenziert. Diesen wurden konkret Instrumente zugewiesen. Eine Auftrennung in insgesamt vier Bereiche der Meso-Ebene konnte aus Gründen der datenanalytischen Anforderungen nicht beibehalten werden. Um jedoch trotzdem zu prüfen, wie konsistent sich die auf diese vier Ebenen verteilten Ressourcen und Belastungen darstellen, wurden alle hier als Zielkriterien definierten Skalen subjektiver Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität in schrittweisen multiplen Regressionsanalysen untersucht (vgl. Tabelle 42).

Im ersten Modell der **individuellen Ressourcen** und **subjektiven Gesundheit** wurden neben den situativen Merkmalen Alter und Geschlecht als Maß sozialer Ungleichheit wiederum die Bildung aufgenommen. Als individuelle Ressourcen wurden das Selbstvertrauen (als internale Kontrollüberzeugung) sowie die Alltagsbewältigung in Form einer selbstkonstruierten ADL-Liste einbezogen. Als größter Einflussfaktor stellte sich dabei diese ADL-Liste heraus. Der Einfluss der Bildung sinkt nach Mitaufnahme dieser individuellen Ressourcen ab. Zudem berichten Männer einen schlechteren Gesundheitszustand und dieser nimmt mit zunehmendem Alter ebenfalls ab. Insgesamt erklärte dieses Modell 14.2% der Varianz der subjektiven Gesundheit. Die Möglichkeit, anstelle der Bildung als Single-Maß sozialer Ungleichheit den additiven Scheuch-Index aufzunehmen, erwies sich insgesamt als wenig tauglich und wurde nicht weiterverfolgt (vgl. Tabelle 45).

Das folgende Modell betrachtet dann den Einfluss **der strukturellen Ressourcen** in Konkurrenz zu Alter, Geschlecht und Bildung auf die subjektive Gesundheit. Hier ist zu erwähnen, dass die strukturellen Ressourcen zusätzlich aus zwei selbstkonstruierten Skalen bestanden, die den Bereich 'Arzt und Behandlung' sowie den Bereich 'Versorgung' abdecken. Besonderen Einfluss auf die subjektive Gesundheit hat in diesem Modell die allgemeine Lebenszufriedenheit. In Hinblick auf die situativen Merkmale zeigte sich eine zunehmende Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der subjektiven Gesundheit. Der Einfluss der Bildung nahm mit der Hereinnahme der strukturellen Ressourcen stark ab. Weiterhin auffällig war der Einfluss des verheirateten Familienstandes der hier als strukturelle Ressource interpretiert wurde. Die Ausprägung des Koeffizienten weist jedoch auf eine schlechtere Gesundheit bei diesem Familienstand hin. Die neuen Faktoren ‚Arzt und Behandlung‘ sowie ‚Versorgung‘ zeigten kaum ei-

nen Einfluss. Gleiches gilt auch für die soziale Unterstützung. Das Varianzaufklärungspotential für die subjektive Gesundheit beträgt insgesamt ca. 28% (vgl. Tabelle 46).

Für das Modell der **individuellen Belastungen** wurden als psychosoziale Skalen der Fatalismus (interpretiert als externale Kontrolle) sowie die Krankheitsbelastung, die Summe weiterer Erkrankungen, Pflegebedarf und -bedürfnis sowie der Platz der Erkrankung im Leben eingesetzt. Bei den situativen Variablen und deren Verlauf zeigte sich wiederum eine Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der individuellen Belastungen. Gleiches gilt auch für die Bildung, deren Beitrag wiederum zurückging. Besondere Bedeutung erhielten die Krankheitsbelastung und die Summe weiterer Erkrankungen. Dies gilt auch für das Leiden an der Erkrankung sowie den Platz der Erkrankung im eigenen Leben. Alle Ausprägungen wiesen auf eine schlechtere subjektive Gesundheit hin. Die Varianzaufklärung für dieses Modell beträgt ca. 37% (vgl. Tabelle 47).

Als strukturelle Belastungen wurden die Einsamkeit, belastende familiäre Umstände und die selbstberichtete Umweltbelastung aufgenommen. Lediglich vermehrte Einsamkeit wies auf einen schlechteren Gesundheitszustand hin. Alle weiteren Belastungen zeigten kaum einen Einfluss. Auch zeigte sich wiederum eine Bildungsabhängigkeit – nach Hereinnahme der Belastungen nahm der Einfluss der sozialen Ungleichheit ab. Das Varianzaufklärungspotential beträgt ca. 7% (vgl. Tabelle 48).

In einer zusammengefassten Auswertung wurden die gleichen Modelle für die sechs Subskalen des **NHP** sowie für die **SF-12 Skalen Psyche** und **Körper** durchgeführt.

Individuelle Ressourcen stellen in den Modellen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in erster Linie die Skala Selbstvertrauen und Alltagsbewältigung (ADL) dar, und zwar unabhängig davon, ob die Skala eher körperlich oder psychosozial orientiert ist. Bildung und männliches Geschlecht erweisen sich in fast allen Modellen individueller Ressourcen als bedeutsamer Einflussfaktor. Das Varianzaufklärungspotential ist besonders für die NHP-Skala *Physische Mobilität* mit ca. 43% erwähnenswert. Die anderen Varianzaufklärungen liegen etwa in der gleichen Höhe wie im Modell der subjektiven Gesundheit.

Das Modell der **strukturellen Ressourcen** wird in erster Linie vom Einflussfaktor Lebenszufriedenheit beherrscht. Die soziale Unterstützung findet in den Modellen Berücksichtigung, in denen eher psychosozial orientierte Skalen die Zielkriterien darstellen. Die Bildung stellt nur in den Modellen mit den Skalen Schmerzen und Schlaf

einen Einflussfaktor dar. Der Faktor ‚Arzt und Behandlung‘ findet in den Modellen NHP-Schmerzen, NHP-Soziale Isolation und in der SF-12-Skala Psyche Berücksichtigung, was in dieser Zusammensetzung nachvollziehbar ist. Die (ausgewählten) Varianzaufklärungspotentiale betragen für die Skala *Emotionale Rollenfunktion* ca. 32%, für die Skala *Soziale Isolation* ca. 27% und für die Skala SF-12 Psyche ca. 28%.

Für das Modell der **individuellen Belastungen** kann zusammengefasst werden, dass es zu einer dezidierten Zuordnung der Einflussgrößen gekommen ist. Während es bei den körperlich orientierten Skalen wie Physische Mobilität oder SF-12 Körper die Abfrage der Summe weiterer Erkrankungen oder die eigene Pflegebedürftigkeit sind, sind es für die eher psychosozial orientierten Skalen wie Fatalismus, die einen Einfluss zeigen. Auffällig ist darüber hinaus, dass die Krankheitsbelastungsskala von Badura für fast alle Modelle einen Einfluss darstellt. Die Bildung stellt nur für zwei Skalen – Schmerzen und Schlaf – einen Beitrag dar. Alle Modelle individueller Belastung zeigen eine deutlich höhere Varianzaufklärung als für das Modell subjektiver Gesundheit.

Als **strukturelle Belastungen** stellt sich in erster Linie die Einsamkeit heraus und zwar unabhängig davon, ob die Skala eher körperlich oder psychosozial orientiert ist. Es ist jedoch die Skala *Soziale Isolation*, in der die Einsamkeit besonders berücksichtigt wird und die ein Varianzaufklärungspotential von 36% erreicht. Für die Skala SF-12 Psyche liegt das Varianzaufklärungspotential bei ca. 22%. Die Bildung und das Geschlecht spielen in einigen Modellen eine Rolle, die jedoch eher unbedeutend ist (vgl. Tabelle 52).

Zusammenfassung Strukturgleichungsmodelle Studie B

In Fortführung dieser Analysen wurden alle Zielkriterien in **Strukturgleichungsmodellen** hinsichtlich ihrer Einflussfaktoren geprüft. Wie hervorgehoben wurde, beschränkt sich die Prüfung des Modells dabei auf jeweils eine Ressourcen- und eine Belastungsdimension (vgl. Tabelle 44). Um einen Überblick zu geben, wird in der folgenden Abbildung 69 das entsprechende Pfadmodell mit den wesentlichen direkten standardisierten Effekten dargestellt.

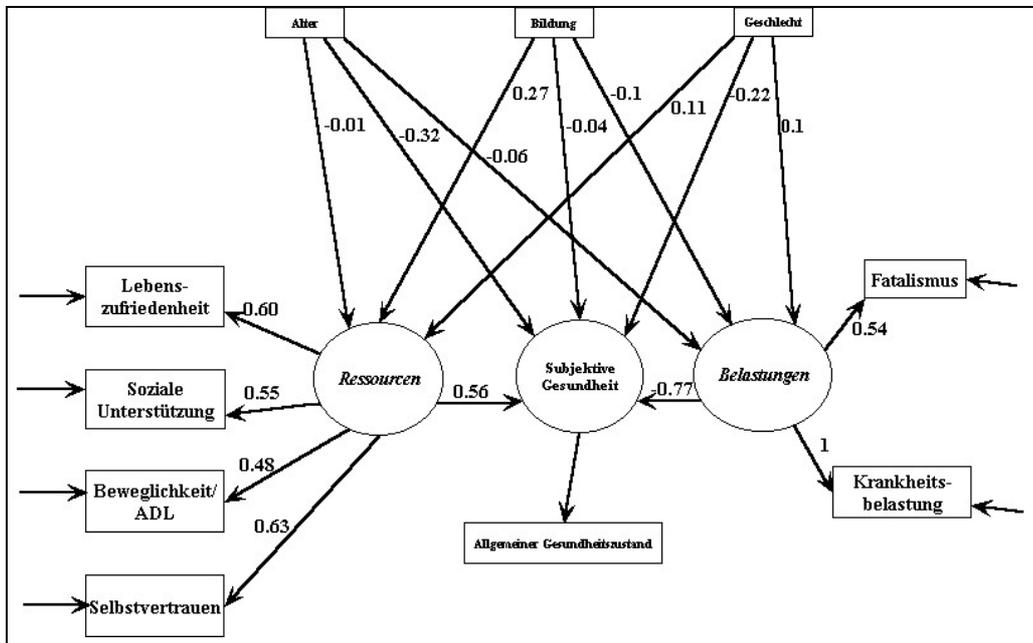


Abbildung 69 Standardisierte Effekte im Pfadmodell Studie B - Zielkriterium Subjektive Gesundheit

Zuerst wurden die **direkten Einflüsse der situativen Merkmale und Bildung auf die subjektive Gesundheit** geprüft. Dabei deutet der Einfluss des männlichen Geschlechts auf den Gesundheitszustand an, dass Männer tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand als Frauen berichten (std. $\beta = -.22$) (vgl. Abbildung 45). Der Einfluss des Alters weist auf einen schlechteren Gesundheitszustand im hohen Alter hin (-.32). Bildung hat keinen direkten Einfluss auf die subjektive Gesundheit (standardisierter Regressionskoeffizient von -.04) (vgl. Abbildung 45).

Als **Bestandteile der Dimension Ressourcen** wurde das Selbstvertrauen, die Lebenszufriedenheit, die soziale Unterstützung sowie Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) als körperliche Komponente gewählt. Diese Prädiktoren weisen auf eine gute Operationalisierung (gut zu interpretierende Faktorladungen) hin. Für die **Dimension Belastungen** wurden die manifesten Indikatoren Fatalismus und Krankheitsbelastung gewählt, die gute Prädiktoren für die Dimension Belastung darstellen. Der **direkte Einfluss der Bildung** weist auf eine hohe Ressourcenausprägung bei einem hohen Bildungsgrad hin. Dies gilt auch für die Bildungsabhängigkeit der Belastungen, die jedoch nur schwach ist. Der direkte Beitrag des Alters auf beide Dimensionen erweist sich als unbedeutend. Männer berichten höhere Ressourcenausstattung. Die Belastungsausprägung ist weder alters- noch geschlechtsabhängig.

Zwischen Bildung und den als Ressourcen definierten manifest erhobenen Indikatoren besteht kaum ein **direkter** Zusammenhang - lediglich der Hinweis, dass ein tendenziell geringeres Selbstvertrauen bei höheren Bildungsgraden besteht (-.15). Ein standardisierter direkter Einfluss der Bildung auf soziale Unterstützung und Lebenszufriedenheit besteht nicht.

Es besteht kein **direkter Effekt der Bildung auf die als manifeste Indikatoren der Belastungsdimension** (Fatalismus als externale Kontrollüberzeugung, Krankheitsbelastung) aufgenommenen Prädiktoren.

Die latente Dimension **Belastungen erklärt die subjektive Gesundheit** (std. β -.77) - eine erhöhte Belastung bedeutet einen geringeren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies gilt auch für den Beitrag der Dimension Ressourcen auf den allgemeinen Gesundheitszustand (std. β =.54).

Weiterhin wurden die **indirekten Effekte** der Bildung auf die Indikatoren von Ressourcen und Belastungen analysiert. Bildung wirkt dabei indirekt auf die Bewältigung täglicher Aktivitäten (std. β =.13) auf die soziale Unterstützung (std. β =.13), auf das Selbstvertrauen (std. β =.17) und auf die Lebenszufriedenheit (std. β =.16). Eine **indirekte Wirkung von sozialer Ungleichheit auf die manifesten Indikatoren der Dimension Belastung** besteht nicht. Ebenso besteht kein indirekter Effekt der sozialen Ungleichheit auf den allgemeinen Gesundheitszustand über die Dimension Belastung (std. β =-.04) jedoch auf die subjektive Gesundheit über die Dimension Ressourcen (std. β =.21).

Im Folgenden werden vier der sechs **Subskalen des Nottingham Health Profile** ausgewertet. Die Auswahl beschränkt sich auf die Abbildung von sowohl körperlichen Aspekten der Lebensqualität wie auch auf die von eher psychosozialen Aspekten. Besondere Rolle bei der Ergebnisdarstellung besteht dabei in der unterschiedlichen Codierung der NHP-Skalen (hohe Werte bedeuten eine schlechte Lebensqualität).

Bei der Faktorenanalyse für die Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation* (psychosoziale Skalen) kommt es zu einer deutlichen Interpretation der Faktorenlösung: Die für die **Dimension Ressourcen** vorgesehenen Indikatoren Beweglichkeit (ADL), soziale Unterstützung, Selbstvertrauen und Lebenszufriedenheit laden deutlich negativ auf dieser Dimensionen, die Indikatoren der **Dimension Belastung** – Fatalismus und Krankheitsbelastung – nur wenig, jedoch wiederum hoch auf der Dimension Belastung. Für die Skala *Energieverlust* laden die **Indikatoren der Dimension Ressourcen** hoch und die **Indikatoren der Belastung** ebenfalls nur auf dieser und auf

der anderen niedrig. Die Lösung für die Skala *Physische Mobilität* zeigt, dass alle aufgenommenen Indikatoren auf der Dimension Ressourcen hoch positiv laden, auch die „belastenden“ Indikatoren. Nur die Skala Krankheitsbelastung lädt auf der Dimension Belastung hoch negativ, alle anderen Indikatoren fast gar nicht.

Im Modell *Physische Mobilität* bilden alle vier einzelnen Indikatoren die neue latente **Dimension Ressourcen** ab, ebenso wie im Modell *Energieverlust*. In den Modellen für die Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation* weisen die Ressourcen Indikatoren jedoch in die negative Richtung. Möglicherweise gilt hier, dass abhängig vom Zielkriterium, Ressourcen nunmehr fehlende Ressourcen heißen und Belastungen zu Entlastungen werden. Für die Skalen *Physische Mobilität* und *Energieverlust* gilt, dass ein höherer Bildungsgrad auch eine höhere Ressourcenausstattung bedeutet. Es sind Alter und Geschlecht, die einen Einfluss, wenn auch sehr geringen, auf die Belastungen ausüben (vgl. Abbildung 62).

Die **direkten standardisierten Einflüsse** (std. β) **der Bildung auf die vier Subskalen des NHP** sind eher gering. In den Modellen für die Zielkriterien *Physische Mobilität* und *Energieverlust* sind es die situativen Variablen Alter und Geschlecht, die einen Einfluss ausüben: Höheres Alter bedeutet eine schlechtere, hier vor allem körperlich bezogene Lebensqualität und es sind erster Linie Männer die ähnliches berichten. Für die Skala *Physische Mobilität* ist das Alter eine Einflussgröße, für die Skala *Energieverlust* das männliche Geschlecht. Für die beiden Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation* spielen Alter und Geschlecht kaum eine Rolle. Für alle hier untersuchten Zielkriterien zeigt der direkte standardisierte Einfluss der Bildung als Maß sozialer Ungleichheit keinen Effekt.

Die Prüfung des Einflusses der latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die Subskalen des NHP zeigt eine differenzierte Einflussnahme der Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die Zieldimensionen des Nottingham Health Profile. Für die Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Energieverlust* gilt, dass hohe Belastungen eine schlechtere und niedrige Ressourcen eine bessere Lebensqualität bedeuten. Für die Skala *Physische Mobilität* weist ein negativer Wert darauf hin, dass bei niedrigen Ressourcen auch eine niedrige Lebensqualität (physische Mobilität) zu erwarten ist – der Koeffizient für die Belastungsdimension bedeutet jedoch Gleiches. Für die Skala *Soziale Isolation* bedeutet eine hohe Belastung eine geringe soziale Isolation und hohe Ressourcenausprägung ebenfalls eine hohe soziale Isolation. Vermutlich wird das Zielkriterium *Soziale Isolation* zu einem neuen Faktor „Soziale Eingebundenheit“. Bei der Prüfung der **indirekten Effekte** zeigt die **Bildungsvariable** einen positi-

ven Einfluss auf alle Indikatoren der Ressourcendimension - für die Skala Physische Mobilität sind diese jedoch nur gering. Die **indirekten standardisierten Effekte der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Belastungsdimension** weisen darauf hin, dass bei steigender Bildung auch die Belastung hinsichtlich Fatalismus und Krankheitsbelastung abnimmt. Der Zusammenhang ist jedoch nur schwach. Ein **indirekter standardisierter Einfluss der sozialen Ungleichheit auf die Subskalen des NHP** zeigt sich auf die eher psychosozial orientierten NHP-Skalen *Emotionale Rollenfunktion* und *Soziale Isolation*. Die Effekte sind nur gering, nehmen jedoch im Vergleich zu den direkten standardisierten Effekten deutlich zu.

Abschließend wird auf die beiden **SF-12 Skalen Körper** und **Psyche** eingegangen. Die Faktorenanalyse zeigt eine Differenzierung zwischen der psychischen und der körperlichen Skala. Die **Dimension Belastung im SF-12 Psyche** wird durch Fatalismus und Krankheitsbelastung gebildet, während es **im SF-12 Körper** ausschließlich die Krankheitsbelastung ist. Dies konnte oben bereits für die körperlich orientierte Skala *Physische Mobilität* angedeutet werden. Die Ressourcendimension für die Skala SF-12 Psyche wird wie bei den NHP Skalen *Soziale Isolation* und *Emotionale Rollenfunktion* zusammengesetzt. Dies legt nahe, dass es bei körperlich orientierten Dimensionen die Krankheitsbelastung ist, so wie bei den eher psychosozialen Skalen es Fatalismus ist, der eine hohe Bedeutung für die Belastungsdimension erhält.

Die **direkten standardisierten Effekte der situativen Variablen** Alter und Geschlecht sowie der Bildung auf die Skala *SF-12 Psyche* zeigen keinen Zusammenhang. Die **direkten standardisierten Einflüsse** der manifesten Indikatoren der **Ressourcendimension** auf diesen „neuen“ Faktor, weisen auf eine gute Übereinstimmung hin. Die Abbildung der latenten **Belastungsdimension** im SF-12 Psyche durch die manifesten Indikatoren (direkte standardisierte Effekte) zeigt ebenfalls eine deutliche Abhängigkeit. Das Alter hat keinen Einfluss auf die Ressourcendimension. Das männliche Geschlecht weist auf eine bessere psychische Lebensqualität hin. Der Einfluss der Bildung zeigt, dass mit steigendem Bildungsgrad die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Bereich Psyche ansteigt. Die Effekte der situativen Variablen auf die Belastungsdimension zeigen, dass mit steigendem Bildungsgrad die berichtete Belastung abnimmt und ein höheres Alter auf sinkende Belastungen hinweist. Eine Geschlechtsabhängigkeit besteht nicht. Ein **direkter standardisierter Einfluss der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Ressourcendimensionen** im SF-12 Psyche besteht lediglich im negativen Beitrag der Bildung zum Selbstvertrauen. Ein **direkter Einfluss der Bildung auf die Krankheitsbelastung** als Indikator der Belastungsdimension besteht nicht.

Der direkte Einfluss der Ressourcendimension zeigt, dass bei ausgeprägten Ressourcen bessere psychische Lebensqualität besteht – bei einer Zunahme der Belastungen ist von einer Abnahme der psychischen Lebensqualität auszugehen.

Die **indirekten Effekte (SF-12 Psyche)** der Variable Bildung auf die Indikatoren der Dimension Ressourcen zeigen eine deutliche Steigerung des standardisierten Effektes gegenüber der direkten Messung. Im Gegensatz zur direkten Einflussnahme der Bildung auf die Skala SF-12 Psyche erhöht sich dieser durch die indirekte standardisierte Einflussnahme deutlich – die indirekten standardisierten Effekte der Variablen Alter und Geschlecht auf die psychische Lebensqualität nehmen hingegen kaum zu.

Für das **Modell SF-12 Körper** besteht ein direkter Zusammenhang zwischen den situativen Variablen Alter und Geschlecht auf der einen und der körperlichen Lebensqualität auf der anderen Seite. Männer berichten eine schlechtere körperliche Lebensqualität und ein hohes Alter geht mit einer schlechteren körperlichen Lebensqualität einher. Die faktorenanalytische Prüfung zeigt, dass alle Indikatoren der Ressourcendimension mit einem negativen Effekt auf diese Dimension hinweisen. Dieser Zusammenhang zeigte sich bereits für die NHP Skala *Physische Mobilität*. Würde man den Faktor hypothesenkonform als Ressourcen interpretieren, so bedeutet dies, dass alle Ressourcenindikatoren bei hoher Ausprägung niedrige Ressourcen bedingen. Eine ebenso schwierige Interpretation zeigt sich für die Dimension Belastung. Die standardisierten Effekte bedeuten eine geringe Belastung bei hoher Ausprägung der Indikatoren.

Die **Form, wie die neuen Dimensionen Belastung und Ressourcen von den situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie von der Bildung abhängen**, weist auf eine Umkehrung in der inhaltlichen Interpretation der Dimensionen hin. Ressourcen hängen von der Bildung deutlich negativ ab, die Belastungen hingegen positiv. Männer berichten dabei die geringeren Ressourcen. Alter hat keinen Einfluss auf die Ressourcenausprägung. Dies gilt auch für den Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Belastungsdimension.

Es zeigt sich, dass der direkte **standardisierte Einfluss der Bildungsvariable auf die manifesten Indikatoren der Ressourcen** auch für den *SF-12 Körper* auf keine Abhängigkeit hinweist. Wiederum die Variable Selbstvertrauen zeigt, dass bei höherer Bildung ein niedrigeres Selbstvertrauen zu erwarten ist.

Die **direkten Effekte sowohl der Ressourcen- wie auch der Belastungsdimension auf die körperliche Lebensqualität** weisen darauf hin, dass bei der Faktorenbildung

tatsächlich eine Umkehrung in der Bedeutung der Dimensionen vorgenommen wurde. Der Koeffizient der Ressourcendimension weist negativ auf die körperliche Lebensqualität hin – bei steigenden Ressourcen würde die körperliche Lebensqualität (SF-12 Körper) abnehmen – ‚konform‘ die Dimension Belastung, da sich bei zunehmenden Belastungen die körperliche Lebensqualität verbessert.

Für die Skala SF-12 Körper zeigt sich, anders als für die Skala Psyche, keine Verbesserung des **indirekten standardisierten Effektes der Bildung** auf das Zielkriterium körperliche Lebensqualität. Der indirekte standardisierte Effekt der Bildung auf die manifesten Indikatoren hingegen steigt gegenüber dem Modell der direkten Einflussnahme deutlich an.

4 Zusammenfassende Diskussion

4.1 Theoretischer Hintergrund

Anlass der hier vorgelegten Arbeit war die Erkenntnis, dass, obwohl lange Zeit bekannt ist, dass Menschen unterer sozialer Schichten ein erhöhtes Risiko besitzen zu erkranken bzw. zu sterben, es aber weitestgehend unbekannt ist, worin die hauptsächlichsten Bedingungsfaktoren für diese Kausalität liegen. Was liegt zwischen der Ursache ‚untere soziale Schicht‘ und der Wirkung ‚erhöhtes Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko‘? Darüber hinaus ist unbekannt und bisher kaum untersucht, wie sich mögliche Erklärungskonstellationen zur Beantwortung dieser Frage darstellen, wenn die Wirkung auf Ebene der subjektiven Gesundheit und Lebensqualität liegt.

Weiterer motivationaler Ausgangspunkt war ein Bekenntnis der gesetzlichen Krankenversicherung, zukünftig vermehrt bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen die soziale Lage der Versicherten und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen. Es war nicht Aufgabe der Arbeit zu prüfen, welche Entwicklung sich in der Zeit seit Veröffentlichung dieser Absichtserklärung ergeben hat. Vielmehr anregend erschien die weitere Ausführung dieser Veröffentlichung, den sogenannten ‚settings-Ansatz‘ der Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt zu stellen. Dieser settings-Ansatz stellt eine Innovation dar, indem er, basierend auf einer systemtheoretischen Perspektive, mögliche Handlungsfelder der Gesundheitsförderung weiter als bisher fasst und neben der personalen Ebene der Menschen, um die es geht, auch die sie umgebende Sozialstruktur, also soziale Ungleichheit und die sogenannte psychosoziale Ebene der Lebenskontexte mit umfasst. Diese Überlegungen eines weiter gefassten Konzeptes von Gesundheitshandlungen wurde maßgeblich von der WHO vorangetrieben, was sich zudem im aktuellen Gesundheitsbegriff der WHO niederschlägt. Darüber hinaus liegt hierin möglicherweise die Lösung für ein Problem, das mit dem settings-Ansatz eng verbunden ist, zu dem weiter unter noch Stellung zu nehmen sein wird.

Auf die bekannte Tatsache, dass es einen engen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit resp. Krankheit gibt, soll hier nicht weiter eingegangen werden. Zu dieser Thematik liegen ausreichend viele Untersuchungen vor, die zwar diesen sogenannten Gradienten beschreiben, jedoch nur wenig Aussagen hinsichtlich der Ursachen treffen, die für die Wirkweise dieses Gradienten verantwortlich sind. Einige Kausalansätze sind zwar unternommen worden, die jedoch nach eingehender

Prüfung der Daten nur einen sehr geringen Anteil Varianz am Sterblichkeitsgeschehen aufklären konnten. Wesentlicher Umstand, woran diese Ansätze gescheitert waren, ist die zu kurze bzw. begrenzte Reichweite in der Berücksichtigung möglicher Ursachen. Steinkamp führt geradezu leidenschaftlich ein Plädoyer und benennt für alle bisher diskutierten Erklärungsansätze Defizite. Umso mehr ermutigen Ansätze, die basierend auf den Ebenen von sozialer Ungleichheit, psychosozialer Lebenskontexte und Person Kausalitäten definieren, die eine Verbindung auch in empirischen Modellen nahe legen. Zwar haben Steinkamp und auch Knesebeck genaue Analysen vorgelegt, welche Abhängigkeiten zwischen diesen Ebenen existieren, dabei sind jedoch auch hier Auswahlen getroffen worden, die zum jeweiligen Forschungskontext passten. Knesebeck geht in seinen Überlegungen besonders weit und definiert für die Ebene der Gesundheit das Zielkriterium der subjektiven Gesundheit (allgemeiner Gesundheitszustand). Wie die hier vorgelegten Analysen jedoch zeigen konnten, gibt es bisher keine oder nur wenig Analysen, die als Gesundheit die Befindensebene, die Beschwerdelast oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Mittelpunkt stellen. Dies schien für die hier vorgelegte Arbeit besonders herausfordernd, da sich über die Re-Analyse zweier gänzlich unterschiedlicher Datensätze die Möglichkeit ergab zu prüfen, wie sich die Befindlichkeit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität in einem komplexen Modell darstellen.

4.2 Konzeption als Re-Analyse

Der empirische Gegenstand der Untersuchung bestand aus zwei großen epidemiologischen Untersuchungen. Die erste, im Kontext als Studie A bezeichnet, stellt die umfangreichen Untersuchungen eines umweltepidemiologischen Forschungsprojektes dar, in dem die Bedingungen des sogenannten Sick Building Syndroms (SBS) und der Einfluss des Innenraumklimas auf die Befindlichkeit in 14 Bürogebäuden bei 4596 darin tätigen Angestellten untersucht werden sollte. Den Angestellten wurde dabei ein umfangreiches Instrumentarium vorgelegt, dass zum Teil aus etablierten psychometrischen aber auch aus neuen eigens für die Fragestellung konzipierten Instrumenten bestand. Grob lässt sich dieses Instrumentarium in die Bereiche sensorisches Empfinden, Erleben der Arbeitswelt (Belastung, Beanspruchung), lebensweltliche Aspekte (Lebenszufriedenheit, allgemeine Belastungen) sowie Beschwerden, subjektive Gesundheit und Befindlichkeit differenzieren. Weitere Bereiche stellen spezifische Aspekte des Innenraumklimas und der Arbeitsplatzgestaltung dar. Die soziodemografischen Angaben waren aufgrund der spezifischen Fragestellung verkürzt erhoben worden. Die originäre Fragestellung des Projektes spielte in den weiteren Analysen keine Rol-

le. In einer Re-Analyse wurde der Versuch unternommen, die erhobenen Daten dieses Projektes einem Modell anzupassen, das ursprünglich von Günther Steinkamp zur Erklärung sozial ungleich verteilter Gesundheit formuliert wurde. Als ein Aspekt der weiteren Verallgemeinerung, also der Validierung des Modells von Steinkamp aber auch der eigenen Daten, wurden konzeptionelle und empirisch geprüfte Ergebnisse einer Untersuchung von Knesebeck weiterverfolgt und seine spezifisch vorgenommenen Differenzierungen der psychosozialen Lebenskontexte aufgegriffen und mittels eigener Daten geprüft. In einem ersten Teil wurde geprüft, ob in diesen „fragestellungsfremden“ Daten überhaupt die Instrumente vorhanden waren, die geeignet schießen, an ein sozialstrukturelles Belastungs-Ressourcen-Modell der Befindlichkeit angepasst zu werden. Nachdem für zwei Bereiche der Ressourcen und zwei der Belastungen die nach inhaltlichen Kriterien passenden Instrumente zugeordnet wurden, wurden mittels multipler Regression Modelle geprüft, wie sich der Einfluss von Alter, Geschlecht, sozialer Ungleichheit sowie von Belastungen und Ressourcen auf die subjektive Gesundheit, die Beschwerdelast und die Befindlichkeit darstellt. Abschließend wurde eine Modellreduktion vorgenommen und mittels Strukturgleichungsmodelle geprüft, ob eine simultane Schätzung dieser Modellannahmen plausibel ist.

Dieses Vorgehen wurde auch für die Daten einer zweiten Untersuchung – im hier vorgelegten Kontext Studie B genannt – fortgesetzt, in der die gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Menschen in Hamburg untersucht wurde. Hier wurden insgesamt 746 Personen aus den Diagnosegruppen Diabetes, Rheuma sowie Zustand nach Schlaganfall befragt. Dabei stand im Vordergrund dieser Untersuchung, belastende sowie förderliche Aspekte ihrer unmittelbaren Lebensumwelt in der Stadt sowie ihren Einfluss auf ihre Lebensqualität zu untersuchen. Hier standen wiederum etablierte psychometrische Instrumente zur Beantwortung sowie selbstkonstruierte Instrumente, die vor allem die Versorgungssituation der Befragten abbilden sollten, zur Verfügung. Insgesamt lassen sich die Instrumente in die Bereiche psychosoziale Kontexte (Lebenszufriedenheit, Einsamkeit, soziale Unterstützung, Beweglichkeit, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbelastung), Lebens- und Versorgungslage sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität differenzieren. Auch hier wurde analog zum Vorgehens bei Knesebeck und in Studie A in einem komplexen Modell geprüft, welchen Einfluss die soziale Ungleichheit auf die psychosozialen Lebenskontexte und parallel auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auf der einen Seite hat und wie dann der Effekt der psychosozialen Ebene auf die Lebensqualität unter simultaner Berücksichtigung der anderen eben genannten Kausalitäten ist.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Der Diskussionsteil der Arbeit untergliedert sich grob in folgende Bereiche:

- Analyse der Konzeptionen auf den Ebenen soziale Ungleichheit, psychosoziale Lebenskontexte inkl. der settings Familie und Arbeit sowie der Befindlichkeit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.
- Prüfung und Bewertung von Kausalitäten zwischen diesen Ebenen
- Bewertung komplexer Modelle
- forschungsmethodische Implikationen des Vorgehens
- Diskussion der empirischen Ergebnisse
- Vergleich der eigenen mit externen Ergebnisse

Soziale Ungleichheit

Die Abhängigkeit der Gesundheit von sozialer Ungleichheit muss als ein gesellschaftlicher Tatbestand angesehen werden, der zwar unterschiedlich ausgestaltet ist, jedoch für alle Länder der Erde Bestand hat. Im Text wird darauf eingegangen, welche historische Entwicklung soziale Ungleichheit bis heute genommen hat und was dabei die wesentlichen Determinanten waren. Gegenwärtig wird in der Soziologie, aber auch in ihr verwandten Wissenschaften, darüber nachgedacht, ob eine gesellschaftliche Gliederung in Klassen, Ständen oder Schichten noch angemessen ist bzw. der gesellschaftlichen Realität entspricht. Dabei steht im Mittelpunkt, vermehrt horizontale Gegebenheiten wie die der sozialen Lage, also wie sich die Menschen über verschiedene Verhaltensweisen und Gewohnheiten selbst in eine Ordnung eingruppierten würden, aufzunehmen. Dies impliziert eine Kritik an der sogenannten Meritokratischen Triade, nach der Bildung, berufliche Stellung und Einkommen wesentliche Eingruppierungsfaktoren in eine gesellschaftliche Hierarchie sind. Obwohl es eine Reihe wohlfundierter Untersuchungen zur Konzeption sozialer Milieus mithin der sozialen Lage gibt, ist ihnen dabei vor allem eins gemeinsam: Sie kommen nicht ohne die auf Bildung und ökonomischen Kriterien basierenden Schicht- und Klassenkonzeptionen aus. Es ist offensichtlich davon auszugehen, dass diese Faktoren die subjektiven Indikatoren der sozialen Lage überlagern. Zudem muss darüber hinaus festgehalten werden, dass es nicht eine Untersuchung gibt, in der nach Vorgehensweise des Lagenkonzeptes nachgezeichnet werden konnte, dass eine sozial ungleich verteilte Gesundheit resp. Krankheit subjektiven Indikatoren folgt. Dies mag zwar für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden, doch scheint es an dieser Stelle wesentlich mehr Sinn zu machen, diese subjektiven Indikatoren aus dem Konzeptionsvorgang sozialer Un-

gleichheit herauszunehmen und sie in die Ebene psychosozialer Lebenskontexte zu verlagern. Zwar moniert Steinkamp diese Ignoranz der subjektiven Indikatoren, nur liegt hier möglicherweise ein noch nicht absehbarer Nachteil. Verbleiben die subjektiven Indikatoren wie Lebens- und Verhaltensweisen auf der Makro-Ebene sozialer Ungleichheit, so wird möglicherweise nie zu erfahren sein, wie denn gerade ökonomisches- und Bildungskapital auf diese Lebenskontexte wirken, weil sie gemeinsam betrachtet werden. Dies bezieht sich auch auf Anhaltspunkte einer sich verschärfenden ökonomischen Situation, die einzelne Sozialforscher dazu ermutigt, wieder von sozialen Klassen zu sprechen (Nolte, 2000).

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Messung sozialer Ungleichheit bezogen auf die theoretischen Vorstellungen der Forschung unterschiedlich erfolgen kann, dass jedoch ein Kritikpunkt sozialepidemiologischer Forschung darin gesehen werden muss, dass der Operationalisierung sozialer Ungleichheit zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird und nur selten vorab theoretische Vorstellungen formuliert werden. Aus diesem Grunde wird ein Plädoyer für eine einheitliche Verwendung von Sozialstatusmaßen geführt und das Ergebnis der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie näher dargestellt. Dabei wird besonderer Schwerpunkt auf die Erhebung von Bildungsabschlüssen, beruflicher Stellung sowie Einkommen gelegt. Eine internationale Publikation mit einer Übersicht von internationalen Statusmaßen wird um national gebräuchliche Verfahren erweitert und der Index von Scheuch näher thematisiert. Trotzdem vermehrt Kritik dahingehend geübt wurde, dass es möglicherweise zu einer Gewichtung bis hin zu einer Übererhebung von bestimmten Merkmalen in diesem Index kommt, bietet er doch Vorteile. Dabei handelt es sich um die relativ einfache Erhebung der drei einzelnen Merkmale sowie um die Möglichkeit einer weiteren Verrechnung als metrisches Merkmal. Trotz dieser Vorteile muss an dieser Stelle, auch aufgrund der Einbeziehung einer epidemiologischen Untersuchung aus der Arbeitswelt, darauf gedrungen werden, bezogen auf die eigenen Erkenntnisse aus den theoretischen Vorüberlegungen, dass zum einen diskutiert werden muss, welchem Stellenwert den oben angesprochenen subjektiven Indikatoren der sozialen Lage beigemessen werden soll. Und zum anderen deshalb, dass der Arbeitswelt ein wichtiger Stellenwert in der Analyse sozialer Ungleichheit zukommt und sich herauskristallisiert hat, dass es vor allem das Berufsprestige ist, dem möglicherweise – Studien hierzu sind in Planung, Ergebnisse stehen aber noch aus – eine nicht zu unterschätzende prognostische Bedeutung, beispielsweise für die Rückkehr in den Beruf nach Krankheit aber auch als Faktor des Gesundheitsverhaltens zukommt. Um dies abzufragen, wäre die Abfrage des sogenannten ISCOs nötig.

Psychosoziale Lebenskontexte

Unter salutogenetischen und pathogenetischen Aspekten zwischen Lebenswelt und Person wurden Mechanismen wie soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Einsamkeit diskutiert. Als weitere Aspekte der psychosozialen Ebene wurden neben Stress, Belastung und Beanspruchung auch der Bereich Bewältigung (Coping) und Belastung besprochen. Besondere Beachtung findet dabei der Bereich der Kontrollüberzeugungen. Diese auch als personale Ressourcen bezeichneten Persönlichkeitsmerkmale stellen einen wichtigen Bereich der Sozialforschung dar. Ungeklärt bei der Bearbeitung erwies sich dabei die Zuordnung von externalen und internalen Kontrollüberzeugungen zu den Faktoren gesundheitsförderlich oder -abträglich, also die Zuweisung zu Belastungen und Ressourcen.

Darüber hinaus wurde der Bereich der Lebenszufriedenheit thematisiert und deutlich gemacht, dass eine einheitliche Definition noch aussteht und eigentlich unklar ist, wie hoch die Affinität zu Konzepten der Ebene von Befindlichkeit und Lebensqualität ist.

Bei der Analyse der psychosozialen Lebenskontexte fiel auf, dass es nur wenig Hinweise zur gesundheitswissenschaftlichen Bedeutung der settings Arbeit und Familie gibt, die gemeinsam dargestellt werden. Dies betrifft insbesondere die Ressourcen und Belastungen, die in diesen settings produziert werden. Für sich betrachtet ist klar geworden, dass es der Arbeits- und Berufsbereich ist, in dem der Mensch Anerkennung und Strukturierung nicht nur für den Tag, sondern für sein Leben erfährt. Darüber hinaus erfährt er hier soziale Unterstützung und erwirtschaftet die ökonomischen Erfordernisse zur Lebensführung. Trotzdem zeigt sich, dass Stress, Beanspruchung und Belastung sowie Unter- bzw. Überforderung auch Krankheitsursachen darstellen. Gleiches gilt für den Bereich der Familie, der möglicherweise eng mit dem der Arbeit verbunden ist. Studien, die diese Verschränkung untersuchen, existieren nur wenig und geben kaum Aufschluss darüber, wie die optimale Gestaltung beider Bereiche unter Gesundheitsaspekten aussehen soll. Zusammenfassend zeigt sich im Rahmen der Analysen, dass die Forschung im Bereich Familie als defizitär bezeichnet werden muss. Hier nicht weiter thematisiert, jedoch möglicherweise von Bedeutung, ist der gesamte Freizeitbereich. Hier existieren bis auf Untersuchungen zu Jugendlichen kaum Ergebnisse, die darstellen, welche Ressourcen und Belastungen für Gesundheit resp. Krankheit hier bestehen.

Befindlichkeit, Lebensqualität und subjektive Gesundheit

Ein Novum der hier vorgelegten Arbeit besteht darin, dass als Zielkriterien nicht ausschließlich die subjektive Gesundheit, sondern darüber hinaus auch die psychische Befindlichkeit bzw. Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität betrachtet werden. In einem kurzen Abriss der Verständnisgeschichte von Krankheit und Gesundheit und deren Fokussierung auf die organische Verursachung wird aus dem biopsychosozialen Verständnis die Bedeutung der psychischen Befindlichkeit und die der gesundheitsbezogenen Lebensqualität herausgestellt. In diesem Zusammenhang wird der Begriff der Befindlichkeit von anderen verwandten Begriffen wie dem des Wohlbefindens abgegrenzt und darüber hinaus eine mögliche Nähe zur Lebensqualität und Lebenszufriedenheit herausgearbeitet. Deutlich wurde in der Bearbeitung des Themas ‚gesundheitsbezogene Lebensqualität‘, dass es sich hier um ein mehr als innovatives Konzept handelt, Gesundheit und Krankheit über bloße Erhebung klinischer Parameter hinaus abzubilden.

Prüfung und Bewertung von Kausalitäten

Die Diskussion um die Abhängigkeit psychischer und somatischer Erkrankungen von sozialer Ungleichheit soll hier nicht weiter vertieft werden. Herausgestellt werden muss jedoch, dass die Durchsicht von vielen Arbeiten zu dieser Thematik aufgezeigt hat, dass, wie es Steinkamp betont hat, dies unabhängig davon ist, wie und in welcher Form soziale Ungleichheit operationalisiert wird, ob als einzelnes Merkmal, so wie in der vorgelegten Arbeit geschehen, oder als zusammengesetztes Maß.

Wesentlich diffuser stellt sich die Forschungssituation dahingehend dar, wie und in welcher Form Befindlichkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität von sozialer Ungleichheit abhängen. Hierzu konnten folgende Befunde entdeckt werden. Es ist eine deutsche Arbeit, die mit aktuellen Daten auf einen sozialen Gradienten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hinweist. Eine Analyse des Bundesgesundheits-surveys, in dem erstmals die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem SF-36 erhoben wurde, zeigt bei einer relativ einfachen Klassifikation von Unter-, Mittel- und Oberschicht, dass dieser Gradient in erster Linie im Vergleich zwischen Unter- und Oberschicht besteht. Auch in der bekannten Whitehall II Studie bei englischen Angestellten des öffentlichen Dienstes wurde der SF-36 eingesetzt. Basierend auf einer Gruppeneinteilung in verschiedene Selbstangaben zu bestehenden Krankheiten wurde der soziale Gradient mit zum Teil hohen Risiken für die unteren Statusgruppen berichtet. Bedeutsam ist darüber hinaus ein Ergebnis, das darstellt, dass die Verände-

rungen auf den Subskalen des SF-36 nicht allein auf das Vorhandensein einer bestehenden Krankheit zurückzuführen sind. Für die hier vorgelegte Arbeit zeigte es sich als hilfreich, dass eine niederländische Untersuchung mit einer Kurzform des SF-36 unterschiedliche Ausprägungen, basierend auf einem einfachen Bildungsmaß, herausgearbeitet hat (Kempen, Brillman, Ranchor & Ormel, 1999). Hier zeigten sich nach Auspartialisierung von ‚chronischer Erkrankung‘ moderate Zusammenhänge. Dieses Ergebnis muss gesondert diskutiert werden, da sich hier erste Hinweise zeigen, welche Zusammenhänge sich zwischen einfachen Bildungsmaßen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität überhaupt ergeben können. Zwar handelt es sich beim SF-36 um ein krankheitsübergreifendes Instrument, umso bemerkenswerter erscheint eine Korrelation von $r=.199$ für die Skala körperliche Funktionsfähigkeit und $r=.162$ für die Skala soziale Funktionsfähigkeit – nach Herausnahme des Einflusses ‚chronische Erkrankung‘. Vergleichbare Ergebnisse eines sozialen Gradienten und dem subjektiven Wohlbefinden finden sich ebenfalls. Insgesamt muss diese Diskussion als bisher noch recht überschaubar bezeichnet werden. Festzuhalten bleiben jedoch die breiten Möglichkeiten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zur Abbildung von Gesundheitszuständen im Selbstbericht der Personen.

Einfluss sozialer Ungleichheit auf psychosoziale Lebenskontexte

Betrachtet man Interventionsstudien im psychosozialen Bereich, so fällt zwar bei der Analyse des Datenzugangs auf, dass eine Abfrage von Bildung und Beruf – manchmal auch von Einkommen – stattgefunden hat, eine Weiterverwendung dieser Merkmale jedoch auf den Bereich von Gruppenvergleichen beschränkt bleibt. Hier bleibt die Frage, welchen Sinn es denn macht, überlegteste Interventionsstrategien zu konzipieren, beispielsweise das Ergebnis zu erhalten, dass soziale Unterstützung einen maßgeblichen Erfolg auf die Rehabilitation hat, jedoch Unkenntnis über die soziale Verteilung sozialer Unterstützung bleibt. Dieses Vorgehen ähnelt doch wieder sehr einem biomedizinisch fixierten Vorgehen, in dem eine Symptombehandlung im Vordergrund steht. Hier erfolgt zwar eine Erweiterung der Strategie, indem Aspekte der psychosozialen Lebenskontexte in die Intervention einbezogen werden, die aber bei Missachtung der sozialstrukturellen Gegebenheit auf halber Strecke stehen bleibt. Ebenso präsentiert sich die Forschungslandschaft. Relativ einfach gelang das Vorhaben, die Wechselwirkung von sozialer Ungleichheit und den settings Familie und Arbeit zu untersuchen. Ausgewählt wurde die Familie, weil besonders hier die Wechselwirkung zwischen Familie und der Entstehung bzw. Verursachung sozialer Ungleichheit wenig thematisiert ist. Herausgestellt werden konnte jedoch, dass eine zunehmende Familiengröße ein deutlicher Prädiktor für eine zunehmende soziale Ungleich-

heit darstellt. Darüber hinaus ist nur wenig über die Verteilung von Familienformen in Bezug auf soziale Ungleichheit bekannt. Einige Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich kinderlose und nichteheliche Lebensgemeinschaften vermehrt in oberen sozialen Schichten konzentrieren. Auch hier muss dringender Forschungsbedarf angemeldet werden.

Für die Bearbeitung der Fragestellung, wie und in welcher Form soziale Unterstützung, Lebenszufriedenheit und Kontrollüberzeugungen einem sozialen Gradienten folgen, konnte nur auf wenige Arbeiten zurückgegriffen werden. Dabei stellte sich die Forschungslage besonders für die Bereiche soziale Unterstützung und Kontrollüberzeugungen als wenig ergiebig dar. Für den deutschen Raum konnte nur eine Arbeit zugrunde gelegt werden, die sich mit dem Thema soziale Ungleichheit und soziale Unterstützung auseinander gesetzt hat. Ermutigend hieran ist, dass mit der Vorstellung, dass der Umfang und die Qualität sozialer Unterstützung besonders in unteren sozialen Schichten ausgeprägt ist, kritisch verfahren wird. Es deutet sich an repräsentativen Daten an, dass ein sozialer Gradient zu Gunsten oberer Schichten besteht. Greift man auf die Anmerkungen einer sozialschichtspezifischen Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen zurück, so verdeutlicht sich besonders hieran der Umfang des Vorhabens. Stellt man einen umfassenden settings-Ansatz in den Mittelpunkt der Gesundheitsförderung, so bedeutet dies, unter Wissen des gesundheitsförderlichen Einflusses sozialer Unterstützung, weitreichende Interventionen im sozialen Bereich. Strategien wie dies beispielsweise im schulischen Bereich aber auch im unmittelbaren Wohn- und Lebensquartier geschehen soll, bestehen nach derzeitigem Wissensstand nicht.

Abschließend soll noch auf einen ebenso wenig beforschten Bereich eingegangen werden, nämlich den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Kontrollüberzeugung. Hier deuten zwar einige wenige Arbeiten darauf hin, dass auch hier von einem sozialen Gradienten ausgegangen werden kann, jedoch auch gleichzeitig darauf, dass dies eher für generalisierte Kontrollüberzeugungen gilt. Nimmt man hingegen eine inhaltliche Differenzierung zwischen externaler und internaler Kontrollüberzeugung vor, so zeigt sich, dass es im Wesentlichen der Bereich der externalen Kontrollüberzeugungen ist, der einem sozialen Gradienten folgt. Es sind eher niedrige soziale Lagen, die dazu neigen die Verantwortung für ihr eigenes Wohlbefinden anderen zu überantworten.

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt angesprochen wurde, handelt es sich bei der Prüfung, ob die Gesundheit von psychosozialen Aspekten abhängt, um ein wohl

beforschtes Gebiet. Es sind Interventionsstudien, aber auch Untersuchungen aus der Arbeitswelt, die den Einfluss von sozialer Unterstützung aber auch durch Beanspruchung und Belastungen auf die Gesundheit untersucht haben. Ergebnisse zum Einfluss des Familiensettings auf die Gesundheit sind zum Teil bereits älter.

Komplexe Modelle

Nicht zuletzt Günther Steinkamp ist es zu verdanken, dass ein großer Fortschritt in der Verbindung zwischen den drei hier fokussierten Ebenen gelungen ist. Ausgehend von grundsätzlichen Überlegungen, warum ein sozialer Gradient in einer direkten Bezugnahme auf die Gesundheit resp. Krankheit und Sterblichkeit insgesamt nur wenig Varianz erklärt, wenn ausschließlich bekannte Risikofaktoren zugrundegelegt werden, hat er in einem Beitrag aus dem Jahre 1993 versucht, erste Begründungen für ein Mehrebenenmodell zu liefern. Dabei hat er dezidiert herausgearbeitet, welche Kausalitäten zwischen den hier betrachteten Ebenen bestehen. Ein weiterer Schwerpunkt lag in der Analyse der bisher bekannten Erklärungsversuche, warum soziale Ungleichheit einen Einfluss auf die Gesundheit und Sterblichkeit hat. Die Unzulänglichkeit dieser Erklärungen wurden in dem Kapitel besprochen, das sich intensiv mit den Überlegungen Steinkamps auseinandersetzt (vgl. Kapitel 2.4.4.1). In einer Fortführung seiner Überlegungen konstruiert Steinkamp, dann auch grafisch veranschaulicht, seine Modellvorstellungen und bezieht eine Vielzahl thematisierter Kausalitäten darin ein. Herausragend ist dieses Modell auch von daher, da es dezidiert auch genetische und pathophysiologische Aspekte mit einbezieht. Kritikpunkte an seinen Überlegungen mag man darin sehen, dass er zum einen dem Lagenmodell der Sozialwissenschaften vielleicht zuviel Zukunft einräumt. Zum anderen ist sicherlich über die Zuordnung von Aspekten zu den Ebenen Meso und Mikro zu diskutieren. Dabei hängt es auch von der Warte des Betrachters ab, welche Indikatoren er auf der Ebene der psychosozialen Kontexte und welche er auf der Ebene von Gesundheit und Krankheit sieht. Einfacher vermittelbar – und hierin liegt ein gewichtiger Punkt, will man den Transfer in Praxis und Gesundheitsförderung nicht vernachlässigen – ist die Zuordnung von Aspekten der Persönlichkeit und Bewältigung zur Meso-Ebene. Dies hätte den Vorteil, die Mikro-Ebene ganz der Gesundheit im Selbstbericht der Person zu überlassen.

Zu einer ähnlichen, jedoch anders ausgerichteten Differenzierung seines Modells gelangt Olaf von dem Knesebeck, der bisher als einziger das von Steinkamp vorgeschlagene Modell empirisch umgesetzt hat. In einer Untersuchung zur subjektiven Gesundheit bei alten Menschen stellt er die Auftrennung in externe und interne Ressourcen und Belastungen an den Anfang seiner Untersuchung, wobei er die externen

Ressourcen und Belastungen der Meso-Ebene zuordnet und die internen Ressourcen und Belastungen der Mikro-Ebene. Möglicherweise geht auch hier ein Zuordnungskonflikt mit ein, den Knesebeck daran festmacht, dass nicht immer deutlich ist, zu welcher von ihm definierten Ebenen beispielsweise internale und externale Kontrollüberzeugungen und soziale Unterstützung gehören (vgl. Knesebeck, 1998, S. 121). Darüber hinaus besteht ein schwer zu begründender Aspekt darin, dass er das Zielkriterium – er betrachtet ausschließlich die subjektive Gesundheit – außerhalb des Modells stellt. Somit findet hier eine Modellkonstruktion ohne das Zielkriterium Gesundheit statt, die nur wenig begründet ist.

Forschungsmethodische Implikationen des Vorgehens

Am Anfang der Datenauswahl stand die Vorstellung, vor allem für die Meso-Ebene der psychosozialen Kontexte ausreichend Information für die Bearbeitung vorzufinden. Es stellte sich dabei jedoch heraus, dass Informationen für die salutogenetische Perspektive wenig vorhanden waren. In der Hauptsache sind belastende Faktoren erhoben worden. Die Informationen, die einer Ressourcenebene zugeordnet wurden, zeigten jedoch gerade in den Strukturgleichungsmodellen gute Ergebnisse.

Zusätzlich bestand die Absicht, im Sinne eines Datenpoolings die beiden Studien miteinander zu verbinden. Basierend auf den unterschiedlichen Fragestellungen sind die Daten jedoch zu unterschiedlich. Somit ist ausschließlich ein Aggregatvergleich erlaubt, der nur das Zielkriterium der subjektiven Gesundheit einschließt.

Wie die deskriptive Auswertung der Daten nahe legt, besteht eine hohe Homogenität in der Verteilung relevanter Informationen. In Studie A ist diese Homogenität auch für die Makro-Ebene sozialer Ungleichheit anzunehmen. Die Angestellten haben per se hohe Bildungsabschlüsse und es finden sich keine Arbeiter oder Selbständige in der Stichprobe. Über dieses homogene Klientel hinaus sind auch aufgrund der Fragestellung nur wenig Informationen sozialer Ungleichheit erhoben worden. Dies betrifft die Möglichkeit, das Einkommen oder das Berufsprestige abzufragen.

In Studie B ist der Stichprobenzugang als kritisch anzusehen. Leider existieren keine oder nur wenig Möglichkeiten, ein repräsentatives Sample chronisch kranker Menschen zu erheben. Würde man diesen Versuch über eine bevölkerungsrepräsentative Auswahl unternehmen, so hätte man aufgrund der Verteilung gesunder zu kranken Menschen nur sehr wenig chronisch kranke Menschen für weitergehende Analysen zur Verfügung. Somit wurde in der hier zugrunde gelegten Untersuchung der Gang

über Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen gewählt (Known-Groups-Ansatz). Zwar legen die Daten eine gute Abbildung sozialer Ungleichheit im Vergleich zu Bevölkerungsdaten nahe, doch weisen Aspekte der psychosozialen Lebenskontexte auf eine hohe Ausprägung sozialer Unterstützung und der Versorgungslage hin. Es ist vermutlich davon auszugehen, dass diese Verteilungskennzeichen in einer repräsentativen Stichprobe chronisch kranker Menschen anders aussehen würden.

Insgesamt gibt es in den Daten beider Untersuchungen Anzeichen, dass ausgewählte Kriterien sowohl der Makro- wie auch der Meso-Ebene unter- bzw. überrepräsentiert sind. Dieser Umstand ist bei der Zusammenschau und der Interpretation der Daten zu beachten.

Um komplexe Fragestellungen zu bearbeiten, die zudem eine Kombination von Faktoren- und Regressionsanalyse nahe legen, stehen nur wenig multivariate Verfahren zur Verfügung. Die mittlerweile weit fortgeschrittene Entwicklung von sogenannten Strukturgleichungsmodellen, besonders was die Anforderungen an die Programmierung anbelangt, legt die Verwendung dieses Verfahrenstyps nahe. Aufgrund der Erfahrungen mit Strukturgleichungsmodellen aus der vorgelegten Arbeit muss der Einsatz jedoch als nach wie vor problematisch bezeichnet werden. Dies betrifft die folgenden Punkte: Innerhalb der Analysen wurde beispielsweise die Hypothese getestet, dass der Einfluss der sozialen Ungleichheit nach simultaner Bildung von Ressourcen- und Belastungsfaktoren als sogenannte latente Dimensionen in indirekten Effekten gegenüber der direkten Kausalität zunimmt. Dies impliziert eine exponentielle Zunahme der Korrelationen und somit eine Abnahme der Identifizierbarkeit des Modells. Somit ist der Nutzer gezwungen eine Auswahl der direkten Kausalität zu treffen, die wiederum nur schwer mit den ursprünglichen Hypothesen in Einklang zu bringen ist. Dieser Punkt betrifft darüber hinaus die ursprünglich angestrebte Modelllösung, mit jeweils zwei Ressourcen- und Belastungsdimensionen zu arbeiten. Aufgrund der damit verbundenen Überforderung der Daten wurde dieses Vorhaben aufgegeben und eine Beschränkung auf eine Belastungs- und eine Ressourcendimension vorgenommen.

Nur selten findet sich der Hinweis in veröffentlichten Studien, dass es weniger auf eine Signifikanztestung der Modelllösungen ankommt als vielmehr auf eine optimale Anpassung des Modells an die Daten. Dies impliziert wiederum ein sehr weites Hypothesengerüst, da ein Testen verschiedener Modelllösungen basierend auf Modifikationsindizes nahe gelegt wird. Ob dies jedoch im Sinne einer hypothesengeleiteten Sozialforschung ist, muss von Fall zu Fall entschieden werden – denn eigentlich ist die Analyse mittels Strukturgleichungsmodellen ein konfirmatorisches Vorgehen.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der Vorbereitung der zugrundegelegten Datenbasis. Durch die Erstellung einer Kovarianzmatrix als Basis für die Berechnungen werden nur die Fälle analysiert, die vollständig vorliegen. Diesem Problem der missing data kann man zwar damit entgegenzutreten, dass entweder eine Ersetzung der missing data vorgenommen oder eine genaue Kontrolle der fehlenden Werte angestrebt wird. Beide Punkte sind jedoch mit erheblichem Aufwand verbunden und ebenso mit Folgeproblemen: Welches Verfahren der missing data Ersetzung ist das Optimale und welche Merkmale sind für eine Kontrolle der fehlenden Daten heranzuziehen?

Darüber hinaus stellt sich die Verrechnung von Skalen als problematisch dar, die bereits aus Einzelitems zusammengesetzt sind. Deutlich wurde dies an der zum Teil schwer nachzuvollziehenden Faktorenlösungen im Modell und am nicht einschätzbaren Einfluss unterschiedlich codierter Zielkriterien.

Vergleicht man also die beiden hier verwendeten Verfahren – schrittweise multiple Regression und Strukturgleichungsmodelle – miteinander, so lässt sich folgendes zusammenfassen: Die Handhabbarkeit und Programmierung multipler Regressionen ist einfacher als die von Strukturgleichungsmodellen, auch wenn diese mittlerweile über grafische Benutzeroberflächen gesteuert werden können. Darüber hinaus lassen sich auch Effekte, allerdings nur direkter Art, mittels der Regressionsgewichte gut abschätzen, was auch für Interaktionseffekte gilt. Einziger Verzicht, der akzeptiert werden muss, ist die simultane Schätzung von Faktoren. Dieser Umstand lässt sich teilweise so umgehen, indem, so wie hier geschehen, verschiedene Modelle berechnet werden. Hinzu kommt auch als Einschränkung, dass bei großen Datensätzen die Ergebnisse schnell signifikant werden.

Diese forschungsmethodischen Implikationen bewirken darüber hinaus, dass im theoretischen Teil eine Reihe von Überlegungen formuliert wurden, die Aussagen hinsichtlich der Bedeutsamkeit von einzelnen Faktoren innerhalb der drei Ebenen aber auch in der Verbindung zwischen den drei Ebenen beinhalten. Aufgrund der Restriktion der Identifizierbarkeit eines Strukturgleichungsmodells können hingegen nur eine überschaubare Anzahl von möglichen Schätzungen bzw. Kausalitäten im Modell aufgenommen werden. Hier stellt sich dem Forscher die Entscheidung, alle wesentlichen theoretischen Implikationen zu thematisieren, jedoch nur eine begrenzte Anzahl Kausalitäten zwischen diesen prüfen zu können.

Bevor im Sinne einer Diskussion auf die Entgegnung der Hypothesen eingegangen werden soll, ist noch ein Schritt nötig, um vor allem auch die Hypothese reflektieren zu

können, die sich auf die Vergleichbarkeit mit bereits bestehenden Modellen auseinandersetzt. Im folgenden Abschnitt wird ein Vergleich mit den Ergebnissen Knesebecks vorgenommen und bewertet.

Vergleichende Bewertung mit den Ergebnissen von dem Knesebecks

Der Vergleich zu den Ergebnissen Knesebecks weist partiell Parallelen auf, wobei hier nur eine Aussage auf Aggregatebene vorgenommen werden kann. Wie weiter oben angedeutet wurde, unterscheidet sich schon das gemeinsame Zielkriterium *Allgemeiner Gesundheitszustand* in der Abfrage. Hinzu kommt der Befragungskontext – bei Knesebeck wurden Telefoninterviews bei einer repräsentativen Stichprobe alter Menschen durchgeführt – einer Untersuchung von Innenraumbelastungen bei Angestellten direkt am Arbeitsplatz bzw. Telefoninterviews bei chronisch kranken Menschen aus Selbsthilfeorganisationen als Re-Analyse. Weiterhin muss darauf hingewiesen werden, dass die Fragestellung der ProKlimA-Untersuchung angepasst und eine Differenzierung in individuelle und strukturelle Belastungen und Ressourcen vorgenommen wurde. Dies umschließt weiterhin die nicht identischen Befragungsinstrumente in beiden Untersuchungen.

Der Vergleich beginnt mit den Ergebnissen aus Studie A.

Obwohl in beiden Untersuchungen lediglich ein Einzel-Item-Maß zur Abbildung der sozialen Ungleichheit zugrunde gelegt werden konnte, bestätigt sich der Beitrag zur Erklärung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Die Aufnahme in den zweiten Schritt der Regression führt zwar lediglich zu einer Erhöhung von ca. 1.5% in der Varianzaufklärung, weist aber wie bei Knesebeck in eine ähnliche Richtung. Betrachtet man die Interaktion der Variablen, so kommt für die Daten der ProKlimA-Variablen der Einfluss des Alters zum Tragen, der für die Daten von Knesebeck jedoch vom Autor selbst einschränkend bewertet wird (vgl. Knesebeck, 1998, S. 126).

Herausgestellt werden muss für das Modell der individuellen Ressourcen der Beitrag der selbstberichteten Fitness. Betrachtet man diesen Beitrag im Vergleich zu der bei Knesebeck vorgelegten ADL-Liste als Maß zur Bewertung der Bewältigung alltäglicher Aufgaben – es ist dabei anzunehmen, dass bei Vorlage des gleichen Instrumentes bei den Angestellten direkt am Arbeitsplatz kaum Varianz abgebildet worden wäre –, so ist von einer hohen Übereinstimmung auszugehen. Auch der Beitrag der internalen Kontrollüberzeugung weist in beiden Untersuchungen in die gleiche Richtung, wobei der in der Untersuchung von Knesebeck einen relativ gesehen höheren Anteil dar-

stellt. Die Varianzaufklärung in beiden Untersuchungen ist in etwa gleich hoch (vgl. Tabelle 23) – 22.4% Studie A und bei Knesebeck 24.4% (vgl. Knesebeck, 1998, S. 125). Betrachtet man den Kontrolleinfluss der individuellen Ressourcen, so nimmt auch der Einfluss des Alters tendenziell ab. Zwar verkehrt er sich nicht bis in den positiven Bereich, wie bei Knesebeck, zeigt jedoch eine Abhängigkeit der internen Ressourcen vom Alter – dies kann für die Bildungsabhängigkeit der internen Ressourcen angenommen werden (Knesebeck, 1998, S. 128f.).

Vergleicht man die strukturellen Ressourcen in beiden Modellen miteinander, so muss hier herausgestellt werden, dass die bei Knesebeck vorgenommene Operationalisierung sozialer Unterstützung einen ebenso niedrigen Beitrag darstellt wie in Studie A. Diese besticht durch die der strukturellen Ebene zugewiesenen protektiven Faktoren wie Arbeits- und vor allem Lebenszufriedenheit. Hier kann ein Varianzaufklärungspotential von knapp 20% berichtet werden. Im Modell Knesebecks werden ca. 8% erreicht – allerdings mit Dimensionen, die ausschließlich auf die Anzahl und das Vorhandensein sozialer Unterstützung abzielen. Hinsichtlich möglicher Interaktionseffekte zeigt sich, dass davon zwischen Bildung und den Zufriedenheitsmaßen kaum auszugehen ist – hier gibt es fast keine Veränderungen –, eher wahrscheinlich scheint hier ein geschlechtsspezifischer Einfluss vorzuliegen. Dies betrifft in erster Linie die Lebenszufriedenheit, die mit dem männlichen Geschlecht assoziiert ist (vgl. Tabelle 24).

Eine deutliche Übereinstimmung gibt es in beiden Untersuchungen bei der Betrachtung der individuellen Belastungen. Hier ist es der Beitrag einer chronischen Erkrankung auf den selbstberichteten allgemeinen Gesundheitszustand, der im Vordergrund steht. Auch die externale Kontrollüberzeugung weist in beiden Untersuchungen in die gleiche Richtung, wobei die Bedeutung im Modell von Knesebeck stärker ausgewiesen ist. Auch erreicht das Modell bei Knesebeck eine höhere Varianzaufklärung (13.3% vs. 23.7%). Hier ist es die Dimension DISTRESS bei Knesebeck, für die ein Äquivalent in der ProKlimA-Untersuchung nicht vorhanden war. Knesebeck führt den negativen Beitrag des männlichen Geschlechtes auf die allgemeine Gesundheit – ausgedrückt durch einen deutlichen Interaktionseffekt zwischen Geschlecht und internen Belastungen – auf die bekannt höhere Distressbelastung bei Frauen zurück. Dieser Umstand kann für die ProKlimA-Untersuchung nur in einer, zwar erheblichen, Richtungsänderung nachvollzogen werden – eine Umdrehung bis in den negativen Bereich wird hier nicht erreicht (vgl. Tabelle 25).

Als externe Belastungen führt Knesebeck die Dimensionen *Arbeitsbelastung* und *finanzielle Belastung* in das Modell ein. Für die ProKlimA-Untersuchung waren dies die

arbeitsbezogene sowie die *allgemeine Beanspruchung* (berufliche und vitale Erschöpfung) und für die familiäre Seite die hier als gesundheitsabträglich interpretierten *Familienstände ledig* sowie *verwitwet*, *getrennt lebend* und *geschieden*. Insgesamt sind beide Modelle nur schwerlich miteinander vergleichbar, da sich Knesebeck begründet dazu entschieden hat, den finanziellen Spielraum mit als externe Belastung aufzunehmen. Dieses Maß ist in der ProKlimA-Untersuchung nicht verfügbar. Eine mögliche Interaktion mit den weiteren Ungleichheitsmaßen wie Prestige, Bildung und Haushaltseinkommen schließt Knesebeck prüfend aus (vgl. Knesebeck, 1998, S. 133 sowie S. 164). Einen berichtenswerten Unterschied ergibt auch der bei Kontrolle der strukturellen Belastungen erhaltene starke negative Beitrag des männlichen Geschlechtes in den Daten der ProKlimA Untersuchung, der darauf hinweist, dass Frauen auch bei hoher struktureller Belastung einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand berichten. Während im Modell von Knesebeck für die externen Belastungen eine Varianzaufklärung von 7.7% erreicht wird, ergibt sich für die Daten der ProKlimA-Untersuchung eine Aufklärung von 17.1%.

Eine weitere vergleichbare Untersuchung mit ähnlicher methodischer Vorgehensweise stellt die Analyse von Abel et al. des sogenannten Berner Lebensstilpanels dar (Abel et al., 2000). In einem für beide Geschlechter getrennt durchgeführten Regressionsmodell kommen die Autoren zu ähnlich ausgeprägten Verläufen der relativen Beiträge einzelner Belastungen und Ressourcen. Erwähnenswert sei hier in erster Linie, dass auch Abel et al. den Einfluss einer selbstberichteten Fitness als Maß der Beweglichkeit für die individuelle Beweglichkeit interpretieren – hier verbirgt sich jedoch ein aufwändig formuliertes Instrument. Insgesamt berichten die Autoren für beide Geschlechtermodelle deutliche Gesamtaufklärungspotentiale von $r^2 = .395$ (Frauen) sowie $r^2 = .362$ (Männer) (Abel et al., 2000, S. 330f.).

Insgesamt zeigt auch der Vergleich der Ergebnisse der hier untersuchten **Studie B** mit den Ergebnissen Knesebecks eine Reihe von Übereinstimmungen auf - unter der Berücksichtigung, dass nicht dieselben Verfahren in den Untersuchungen verwendet wurden, was bereits für die Studie A bereits angenommen werden musste.

Nimmt man den ersten Schritt der Regressionsanalysen als Ausgangspunkt des Vergleichs, so zeigt sich, dass die durch Geschlecht und Alter erreichten Varianzaufklärungspotentiale in beiden hier zugrunde gelegten Untersuchungen durchgängig höher sind als die bei Knesebeck dargestellten Ergebnisse. Betrachtet man im zweiten Schritt die Aufnahme der Bildungsvariable, so kommt es in allen hier dargestellten Untersuchungen zu einer Zunahme der Varianzaufklärung. Dies muss bei Knesebeck

jedoch relativiert werden, da bei ihm als Schichtindikatoren insgesamt drei Variablen aufgenommen wurden (Berufsprestige, Bildung und Einkommen). Vergleicht man die Ergebnisse über alle vier hier untersuchten Belastungs- und Ressourcenkonzepte, so fällt auf, dass der Beitrag der bei Knesebeck losgelöst betrachteten Bildungsvariable – nur so macht ein Vergleich mit den hier zugrunde gelegten Studien A und B einen Sinn – bei Hinzunahme der Prädiktoren in Schritt 3 kaum variiert. Dies ist in den Studien A und B anders: Hier kommt es regelhaft zu einer Abnahme des Effektes für die Bildungsvariable, was auf eine Bildungsabhängigkeit der psychosozialen Ressourcen und Belastungen hinweist.

Weitere Übereinstimmungen finden sich zudem in den Einflüssen der Alltagsbewältigung (vgl. Tabelle 45 und Tabelle 4.1 bei Knesebeck). Differenzen ergeben sich hinsichtlich des Einflusses sozialer Unterstützung, der von den Befragten bei Knesebeck wesentlich bedeutsamer eingeschätzt wird – unter der Berücksichtigung, dass in Studie B die dort abgefragte Lebenszufriedenheit einen wesentlichen Beitrag liefert und eine Bezugnahme auf die soziale Unterstützung hier nicht beurteilt werden kann (vgl. Tabelle 46). Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass in beiden hier zugrundegelegten Studien A und B die Varianzaufklärung durch die strukturellen Ressourcen mit 27.8% wesentlich größer ist (vgl. Tabelle 46) als die bei Knesebeck mit 7.7% (vgl. Tabelle 4.4 bei Knesebeck).

Diskrepanzen zwischen den Untersuchungen ergeben sich bei der Betrachtung der individuellen Belastungen kaum. Hier ist es die Belastung durch weitere chronische Erkrankungen die in allen untersuchten Studien durch die Aufnahme in das Modell einen beträchtlichen Einfluss auf den selbstberichteten Allgemeinen Gesundheitszustand ausüben. Abweichungen in der Studie B sind dadurch bedingt, dass die Befragung chronisch Kranker die Möglichkeit eröffnet hat, nach dem Pflegebedarf und dem Leiden an der Erkrankung zu fragen. Auf der einen Seite scheint der eigene bzw. fremde Pflegebedarf kaum eine Rolle zu spielen. Zum anderen muss kritisch hinterfragt werden, in wie weit die Frage nach dem Leiden an der Erkrankung nicht einen großen Teil des Allgemeinen Gesundheitszustandes mit erfragt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der Studie B eine Varianzaufklärung von 36.9% im Modell der individuellen Belastungen erreicht werden konnte (vgl. Tabelle 47), was erheblich über dem in der Studie A mit 13.3% (vgl. Tabelle 25) und über dem, was bei Knesebeck mit 23.7% erreicht wurde, liegt (vgl. Tabelle 4.5 bei Knesebeck).

Die im Vergleich der drei Untersuchungen herausgearbeiteten Übereinstimmungen bzw. Differenzen werden am Ende der Hypothesenentgegnung nochmals thematisiert.

Leithypothesen

In Kapitel 2.5 Fragestellungen und Leithypothesen wurden eine Reihe Annahmen aufgestellt, auf die im Folgenden unter Kenntnis der Ergebnisse aus **Studie A** eingegangen werden soll.

Dabei wurde unter (1) die Hypothese aufgestellt, dass "nicht nur Morbidität und Mortalität sozial ungleich verteilt sind, sondern auch subjektive Gesundheit, Befindlichkeit, Lebensqualität und Beschwerden einem sozialen Gradienten folgen." Einschränkend muss für die Studie A betont werden, dass kein klassisches Maß gesundheitsbezogener Lebensqualität eingesetzt wurde.

Betrachtet man zuerst die in den multiplen Regressionsanalysen geprüften Ergebnisse, so erweist sich die Bildung zwar als interpretierbare unabhängige Variable in Verbindung mit Alter und Geschlecht im Modell der subjektiven Gesundheit – gemeinsam ist das Varianzaufklärungspotential jedoch nur gering (5.9%). Gleiches gilt auch für die Befindlichkeitskriterien Tatendrang und Müdigkeit, nicht jedoch für Missmut, Benommenheit und Mental Health. Auch für die Beschwerdelast wurde zwar ein interpretierbares Ergebnis dargestellt, jedoch ist auch hier der Einfluss sozialer Ungleichheit bei diesem Klientel von Angestellten auf die Beschwerdelast nur gering. Es weisen jedoch alle gefundenen Ergebnisse auf eine soziale Ungleichverteilung von subjektiver Gesundheit, Befindlichkeit und Beschwerdelast hin.

Die Ergebnisse, die sich auf Basis der Strukturgleichungsmodelle ergeben haben, sind zur Beantwortung dieser Hypothese differenzierter zu betrachten und stehen zudem in Verbindung mit den sich anschließenden Leithypothesen. Legt man die Ergebnisse aus der direkten Effektprüfung der Bildung auf die hier ausgewählten fünf Zielkriterien zugrunde, so lässt sich folgendes zusammenfassen: Es ergibt sich zwar ein hypothesenkonformes Ergebnis, nachdem der allgemeine Gesundheitszustand, die Befindlichkeit und die Beschwerdelast in höheren Bildungsständen besser ausgeprägt sind. Von einem bedeutsamen direkten Effekt der Bildung kann aber nur bei der Beschwerdelast gesprochen werden. Hinweise ergeben sich somit auf einen sozialen Gradienten, der jedoch bezogen auf alle Zielkriterien nur schwach ausgeprägt ist. Erweitert man diesen Schluss auf die indirekten Effekte, also die Wirkweise der sozialen Ungleichheit (Makro-Ebene) über die Meso-Ebene psychosozialer Kontexte, so bleibt nicht nur die Richtung des Effektes, also des sozialen Gradienten, bestehen, sondern es nimmt auch die Stärke des Effektes zu.

Die sich direkt hieran anschließende Hypothese (2) nahm an, dass "eine Ebene der psychosozialen Lebenskontexte – Meso-Ebene – wie Familie und Beruf/Arbeit, die wesentliche Moderatorfunktionen bei der Vermittlung des sozialen Gradienten übernehmen, existiert." Zur Beantwortung dieser Hypothese wurde eine Vorgehensweise basierend auf der Literatur gewählt, wie sie Olaf von dem Knesebeck in seiner Analyse zur subjektiven Gesundheit bei alten Menschen bereits vorgeschlagen und geprüft hat (Knesebeck, 1998). Er hat dabei angeregt, zwischen Belastungen und Ressourcen zu trennen und diese darüber hinaus nach der internen und der externen Ebene zu differenzieren. In der hier vorgelegten Arbeit wurde eine Differenzierung zwischen individuellen und strukturellen Belastungen und Ressourcen vorgeschlagen und geprüft (vgl. Tabelle 19). Als wesentliche Ergebnisse für die Erwidung der Hypothese kann auf Basis der Regressionsanalysen festgehalten werden, dass mit relativ wenigen unabhängigen Variablen Modelle konstituiert wurden, die bis zu 25% der Varianz des jeweiligen Zielkriteriums aufklärten. Dabei zeigten sich als potente modellspezifische Erklärungsfaktoren die selbstberichtete Fitness als individuelle Ressource, die Lebenszufriedenheit als strukturelle Ressource, die Summe der selbstberichteten Krankheiten sowie die vitale Erschöpfung als strukturelle Belastung. Einschränkend muss hier berichtet werden, dass ursprünglich darüber hinaus die Hypothese bestand, Aspekte der Lebenssituation sowie des Familienstandes mit aufzunehmen. Dabei erwiesen sich diese Bereiche jedoch als nur wenig tauglich, sowohl Belastungen als auch Ressourcen (in Konkurrenz zu den darüber hinaus aufgenommenen Prädiktoren) mit zu prägen. Als ein letzter Hinweis auf die Stimmigkeit dieser Hypothese wurden daraufhin Strukturgleichungsmodelle gerechnet, bei denen aufgrund der datenspezifischen Situation jedoch auf die Differenzierung zwischen individuellen und strukturellen Bereichen verzichtet wurde und die Meso-Ebene lediglich in zwei Bereiche differenziert wurde: Ressourcen und Belastungen. Es zeigte sich dabei, dass die Ressourcendimension mit den gewählten Indikatoren Lebenszufriedenheit und Fitness gut abgebildet werden konnte. Hinsichtlich der Belastungsdimension kam es dabei zu schwierig zu interpretierenden Faktorlösungen, die sich auch auf die Beantwortung der folgenden Hypothesen auswirken. Was jedoch der Berechtigung der Annahme einer Meso-Ebene Unterstützung gibt, ist das Ergebnis, dass es vermehrt Aspekte des täglichen Lebens sind, die die Befindlichkeit der Angestellten beeinflusst haben – weniger Belastungen, die aus der Arbeitswelt herrühren. Diese Hypothese kann zumindest, was die Ressourcendimension angeht, bestätigt werden. Unter Unkenntnis dieser Ergebnisse wurde angenommen, dass (3) "wenn diese Ebene existiert, es zwischen Makro-Ebene und Meso-Ebene (Ebene der psychosozialen Lebenskontexte) und ihren einzelnen Bestandteilen und zwischen Meso-Ebene und Mikro-Ebene (Ebene von Allgemeiner Gesundheit, Befindlichkeit und Beschwerdelast) nachweisliche

Beziehungen gibt" Geht man zur Beantwortung des ersten Teils der Hypothese wiederum auf die Ebene der Regressionsanalysen zurück, so zeigen sich – hier ist es nur möglich, die Interaktionseffekte zwischen Bildung und den psychosozialen Variablen heran zu ziehen – tendenziell Hinweise auf eine Abhängigkeit der Meso-Ebene von der Makro-Ebene, die hier mit der Bildung operationalisiert wurde. Betrachtet man dabei die einzelnen Modelle, so zeigt sich durchgängig eine Abnahme der standardisierten β -Koeffizienten in der Regressionsanalyse. Lediglich im Modell der strukturellen Ressourcen nimmt der Einfluss der Bildung zu. Deutlichere Hinweise zur Beantwortung dieser Hypothese ergeben sich aus den Strukturgleichungsmodellen. Betrachtet man zuerst die neuen Dimensionen Belastungen und Ressourcen, so ergeben sich keine Hinweise auf einen sozialen Gradienten sowohl hinsichtlich der (direkten) Einflussnahme auf die einzelnen Indikatoren wie auch auf die neue Dimension Belastung. Anders ist dies jedoch bei der Dimension Ressourcen: Hier deuten sowohl die Beziehungen zu den einzelnen Indikatoren (Lebenszufriedenheit, Fitness) wie auch zur darauf aufbauenden Dimension Ressourcen einen sozialen Gradienten mit mittlerer Stärke des Effektes an. Eine letzte Bestätigung der Existenz der Meso-Ebene und ihres beeinflussenden sozialen Gradienten bietet die Prüfung der indirekten Einflussnahme von Bildung auf Indikatoren und Dimension der Ressourcen. Hier gibt es eine deutliche Abhängigkeit von der Bildung.

Als abschließende Hypothese (4) wurde im Sinne einer Zusammenfassung angenommen, dass es grundsätzlich ein komplexes Modell zur Erklärung sozial ungleich verteilter subjektiver Gesundheit, Befindlichkeit und Beschwerdelast gibt. Mittels Strukturgleichungsmodellen wurde dieses Modell formuliert – auch wenn auf Basis der Datenlage und unter Berücksichtigung einer Re-Analyse Einschränkungen bestehen – und geprüft. Erste Anhaltspunkte für dessen Existenz fanden sich bereits in den Ergebnissen der Regressionsanalysen. Einschränkungen hinsichtlich der Existenz des Modells und seiner Interpretation müssen bei der Belastungsdimension gemacht werden. Hieran kann angeschlossen werden, dass, wie die deskriptiven Auswertungen zeigen konnten, nur wenig Varianz auf der Ebene der psychosozialen Kontexte und der Mikro-Ebene existiert. Grundsätzlich berichteten die Angestellten eine gute Befindlichkeit und subjektive Gesundheit. Dies muss auch für die Belastung und Zufriedenheit angenommen werden. Umso erstaunlicher waren die Ergebnisse für die Ressourcenebene, bei der sich die Lebenszufriedenheit und die selbstberichtete Fitness als plausible Bestandteile herausstellten – also Aspekte, die auf den ersten Blick nur wenig mit dem direkten Arbeitskontext der Befragten zu tun hatten. Die Annahme, dass ausgewählte Bereiche des Familienstandes und der Lebenssituation möglicherweise Belastungen und Ressourcen darstellen, wurde nicht weiterverfolgt. Als eine mögliche

Begründung für den nur schwachen Beitrag familien- und lebensspezifischer Umstände muss die nur einfache Abfrage die Bedingungen gelten, was unter Berücksichtigung der theoretischen Ausführungen zu sozialer Unterstützung vermutlich nicht ausreichend ist. Dies betrifft vor allem auch die Qualität und Stabilität von Beziehungen und die Familiengröße. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen kann die Hypothese, dass ein komplexes Modell zur Erklärung sozial ungleich verteilter Gesundheit existiert und als Analysekontext durchaus hilfreich ist, angenommen werden. Dies gilt auch für einen Teil der Annahme – herausragend für den Bereich der Ressourcen –, dass die Erklärungskraft der sozialen Ungleichheit nach Einbeziehung dieser Meso-Ebene zunimmt.

Erweitert man die Entgegnung der Hypothesen unter Kenntnis der Ergebnisse aus der **Studie B**, so ist unter (1), dass nicht nur Morbidität und Mortalität sozial ungleich verteilt sind, sondern auch subjektive Gesundheit, Befindlichkeit, Lebensqualität und Beschwerden einem sozialen Gradienten folgen, die Einschränkung zu machen, dass hier ausschließlich subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität erhoben wurden. Dabei zeigt sich, dass auch bei chronisch kranken Menschen die Bildung als Maß sozialer Ungleichheit einen Einfluss auf die subjektive Gesundheit hat – Menschen mit höherer sozialer Lage berichten einen besseren Gesundheitszustand. Dieser Effekt bleibt jedoch im Vergleich zu den Ergebnissen aus Studie A etwas zurück. Dies scheint umso bemerkenswerter, da die Streuung der Bildungsvariable hier größer ist. Erweitert man diese Annahme auf den Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, so konnte ein sozialer Gradient mit Effekt für fast alle Lebensqualitäts-skalen gezeigt werden. Ohne Berücksichtigung der Aspekte der psychosozialen Ebene bleibt dieser durchgängig über den Effekten des allgemeinen Gesundheitszustandes. Zieht man zur Entgegnung dieser Hypothese auch die Ergebnisse aus den Strukturgleichungsmodellen hinzu, so zeigt sich, dass die soziale Ungleichheit gegenüber den Merkmalen Alter und Geschlecht im Effekt zurückbleibt. Bei den vier ausgewählten Lebensqualitätsskalen zeigt sich dieser Effekt anders herum – hier ist ein deutlicher Effekt der Bildung auf die Lebensqualität zu beobachten. Allerdings muss betont werden, dass es möglicherweise zu einer abschließend nicht befriedigenden Umkehrung der Dimensionen gekommen ist. Hier stellen die beiden eher psychosozial orientierten Skalen Gegenteiliges dar, jedoch mit deutlichem Effekt.

Als eine weitere Hypothese wurde unter (2) angenommen, dass eine Ebene der psychosozialen Lebenskontexte – Meso-Ebene –, die wesentliche Moderatorfunktionen bei der Vermittlung des sozialen Gradienten übernimmt, existiert. In den Modellen, die mittels multipler Regression gerechnet wurden, zeigt sich nach Hinzunahme der Be-

lastungs- und Ressourcenaspekte eine Veränderung des Einflusses sozialer Ungleichheit auf die subjektive Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Mit niedriger Bildung nimmt die subjektive Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität ab. Bemerkenswert ist, dass dies vor allem für die Skalen Schmerzen und Schlaf gilt, für die ein Einfluss sozialer Ungleichheit nur schwer erklärbar scheint. Nimmt man als weiteren Anhaltspunkt für die Existenz dieser Meso-Ebene die Varianzaufklärung, so zeigt sich, dass diese beträchtlich ist. Dies kann auch für die gewählten Belastungsmodelle angenommen werden. Hier erweist sich in erster Linie das Modell der individuellen Belastungen als besonders erklärend. Es werden durchgängig über 25% der Varianz erklärt. Auch aufgrund dieser Ergebnisse wurde innerhalb eines Strukturgleichungsmodells eine Belastungsdimension definiert, die sich in erster Linie auf psychosoziale Belastung stützt. Im Gegensatz hierzu zeigen sich jedoch besonders die Ressourcen als tragend für das Gesamtmodell. Hier wurden sowohl zwei vorab definierte strukturelle und zwei individuelle Ressourcen formuliert. Für den Faktor Ressourcen zeigte sich besonders die Beweglichkeit als bedeutsam, im Pfadmodell war es das Selbstvertrauen, das einen erheblichen Beitrag zur Erklärung der Dimension Ressourcen lieferte.

In Fortführung dieser Hypothese, in der nun davon auszugehen ist, dass diese Meso-Ebene existiert, wurde darauf aufbauend argumentiert (3), dass es zwischen Makro-Ebene und Meso-Ebene (Ebene der psychosozialen Lebenskontexte) und ihren einzelnen Bestandteilen und zwischen Meso-Ebene und Mikro-Ebene (Ebene von subjektiver Gesundheit, Befindlichkeit, Lebensqualität und Beschwerden) nachweisliche Beziehungen gibt. Diese Hypothese wurde bereits unter (2) bestätigt. Dies zeigte sich zum einen an den abnehmenden Beiträgen der Bildung in den Regressionsanalysen sowie an den zum Teil erheblichen Varianzaufklärungen in den Modellen für die subjektive Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Mehr Aufschluss hinsichtlich der Abhängigkeitsthese der Meso-Ebene von der Makro-Ebene bringt jedoch die genaue Analyse der Strukturgleichungsmodelle. So zeigt sich, dass der direkte Effekt der Bildung auf die Indikatoren der Ressourcen Dimension eher gering ist – ein Effekt für die Indikatoren der Belastungsdimension existiert nicht. Dies gilt auch für die Betrachtung der indirekten Effekte, also des Einflusses der Bildung über die neuen Dimensionen. Dieser indirekte Effekt nimmt für die Ressourcenindikatoren erheblich zu, und zwar in einer hypothesenkonformen Richtung. Mit steigender Bildung nehmen die Ausprägungen aller Ressourcenindikatoren zu. Für die Belastungsindikatoren zeigt sich dieser Effekt nicht. Betrachtet man nun den direkten Einfluss der Bildung auf die Ressourcen- und Belastungsdimension, so zeigt sich ein bereits bekanntes Ergebnis: Es existiert kein Einfluss der Bildung auf die Belastungen, jedoch

ein deutlicher auf die Ressourcendimension. Hier ist zu vermuten, dass bei chronisch kranken Menschen die Belastungen einer Erkrankungen von anderen Faktoren abhängen und mehr im Bewusstsein der Personen präsent sind. Um so erstaunlicher ist es, dass sich dies nicht für die Ressourcen zeigt. Vermutlich repräsentieren sich Ressourcen und mit ihnen ihre Indikatoren eher krankheitsunabhängig und vermehrt sozialschichtspezifisch. Dies muss als gewichtiger Hinweis für Interventionsmodelle gewertet werden. Ressourcen bieten somit mehr Anhaltspunkte auf eine schichtspezifische Intervention.

In Fortführung dieser Argumentation zeigt sich, dass beide Dimensionen, also die der Meso-Ebene zugeordneten Belastungen und Ressourcen einen deutlichen Effekt auf die Mikro-Ebene haben. Wohl auch deshalb weil es sich bei diesem Sample um chronisch kranke Menschen handelt, ist es die Belastungsdimension, die den stärkeren Effekt hat. Somit ist auch hier von einem deutlichen Einfluss der Meso- auf die Mikro-Ebene auszugehen.

Unter (4) wurde generell angenommen, dass es ein plausibles Modell zur Erklärung sozial ungleich verteilter Gesundheit unter Hinzunahme einer Ebene psychosozialer Lebenskontexte gibt. Sicherlich muss man diese Annahme sehr differenziert sehen. Betrachtet man jedoch die Differenzierung in strukturelle und individuelle Belastungen und Ressourcen, es zeigt sich, dass unter theoretischen Annahmen ein empirisch geprüftes und in sich geschlossenes Modell dargestellt werden konnte. Hieraus lassen sich Hinweise für einen Ausgangspunkt zukünftiger komplexer theoretischer und empirischer Modelle zur Erklärung subjektiver Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität schließen.

Als Abschluss wurde unter (5) formuliert, und dies bezieht sich auf eine Harmonisierung beider hier zugrunde gelegter Studien, dass eine unterschiedlich ausgeprägte Gültigkeit des Modells zum einen bei offensichtlich gesunden Menschen und zum anderen bei chronisch kranken Menschen anzunehmen ist. Folgende spezifische Einzelannahme ergab sich hieraus: Es lassen sich durchaus empirische Hinweise finden, die auf Existenz eines komplexen Erklärungsmodells bei gesunden Menschen hinweisen – im Vergleich der Ergebnisse (gesund vs. krank) zeigt sich jedoch, dass auf Ebene der psychosozialen Lebenskontexte bedeutsame Unterschiede hinsichtlich ausgewählter Einzeldimensionen im Vergleich zum Modell bei chronisch kranken Menschen zu finden sind. Leider wurden jedoch nur wenig sich überschneidende Ressourcen und Belastungen in beiden Untersuchungen eingesetzt. Darüber hinaus besteht jedoch die Möglichkeit, einen Vergleich mit den Ergebnissen von Knesebecks zu

wagen. Hier bietet sich eine weitere Möglichkeit, nicht auf den ersten Blick kranke jedoch in ausgewählten Bereichen eingeschränkte (alte) Menschen mit in die Analyse einzubeziehen und sie in gewisser Weise zwischen die Büroangestellten und chronisch kranke Menschen zu stellen. Hier lassen sich die Ergebnisse in erstaunlicher Weise harmonisieren. Individuelle Ressourcen erklären – unter der Annahme, es wären die gleichen Indikatoren einbezogen worden, was natürlich unter strengen methodischen Gesichtspunkten nicht erlaubt ist! – für die Gesunden und die alten Menschen (Knesebeck) die subjektive Gesundheit in etwa gleich gut. Strukturelle Ressourcen erklären im Modell der alten Menschen auffällig wenig Varianz – in den Modellen der Büroangestellten und der chronisch kranken Menschen hingegen jeweils über zwanzig Prozent. Hier muss angemerkt werden, dass es in erster Linie die Lebenszufriedenheit war, die einen erheblichen Beitrag ausgemacht hat. Ein Äquivalent fehlte bei Knesebeck. Die individuellen (internen) Belastungen lassen sich wiederum sehr gut differenzieren: Das Modell der subjektiven Gesundheit konnte bei den Büroangestellten (Studie A) relativ gut erklärt werden. Eine besonders deutliche Varianzaufklärung zeigte sich jedoch für die chronisch kranken Menschen. Die der alten Menschen liegt genau dazwischen. Zusammengefasst lässt sich hieraus folgendes schließen: Individuelle Belastungen stellen für Büroangestellte, die direkt am Arbeitsplatz befragt wurden, keine herausragenden Einschränkungen hinsichtlich der subjektiven Gesundheit dar. Für alte Menschen haben hingegen Aspekte wie Beweglichkeit und das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung bereits eine intensivere Bedeutung, die dann bei chronisch kranken Menschen besonders hervortritt. Betrachtet man darüber hinausgehend die strukturellen – bei Knesebeck externen – Belastungen, so zeigt sich wiederum Erstaunliches. Das Modell für die offensichtlich gesunden Büroangestellten erklärt fast zwanzig Prozent, die Modelle für chronisch Kranke (Studie B) und der alten Menschen (Knesebeck) fast gar nichts. Hier war es vor allem die vitale Erschöpfung, die bei den Büroangestellten einen besonders deutlichen Effekt zeigte. Ein vergleichbares Maß wurde bei den chronisch Kranken nicht eingesetzt. Jedoch kam bei Knesebeck eine Distressskala zum Einsatz.

Es finden sich Hinweise, dass subjektive Gesundheit, ausgewählte Aspekte der Befindlichkeit, Beschwerdelast und gesundheitsbezogene Lebensqualität sozial ungleich verteilt sind. Darüber hinaus konnten – unter Berücksichtigung des Designs einer Re-Analyse – Modelle entwickelt und geprüft werden, die der theoretischen Ebene von psychosozialen Lebenskontexten zugeordnet werden können. Die Relevanz der hierzu ermittelten Ergebnisse zeigt sich auch im Vergleich mit einer externen Untersuchung. Der Einfluss der sozialen Ungleichheit auf die Indikatoren von Belastungen und Ressourcen konnte nicht immer deutlich herausgearbeitet werden. Möglicherwei-

se sind hier auch methodische bzw. analytische Umstände verantwortlich. Es zeigte sich jedoch mittels Strukturgleichungsmodellen, dass der Effekt sozialer Ungleichheit über diese neuen Dimensionen indirekt klarer herausgestellt werden konnte. Dies wird hier als Nachweis genommen, dass es zum einen Aggregate (Dimensionen) psychosozialer Lebenskontexte gibt und zum anderen diese Dimensionen eher einer sozialen Struktur folgen als die einzelnen Indikatoren. Dies sollte auch methodische Implikationen zur Folge haben, wie zukünftig in komplexen Modellen mit Indikatoren psychosozialer Lebenskontexte verfahren werden sollte. In allen Modellen konnte ein deutlicher Effekt dargestellt werden, der darauf hinweist, dass die psychosozialen Lebenskontexte die subjektive Gesundheit, die Befindlichkeit und auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität deutlich beeinflussen. Durchgängig in allen Modellen, studienübergreifend und auch zielkriterienübergreifend, zeigte sich eher ein Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Ressourcendimension als auf die Belastungsdimensionen – und zwar in dem Sinne, dass es die Ressourcen sind, die in unteren sozialen Schichten weniger vorhanden sind und die aufgrund der hier präsentierten Ergebnisse vermehrt zum Gegenstand von Gesundheitsförderung gemacht werden sollten. Zukünftige Analysen und Studien müssen auch aus salutogenetischer Perspektive auf eine mögliche Wechselwirkung zwischen Belastungen und Ressourcen eingehen, auf die hier aus studientechnischen Gründen nicht eingegangen werden konnte, die jedoch großes Potential vermuten lässt.

Welche möglichen Implikationen die hier gefundenen theoretischen Hinweise und empirischen Ergebnisse sich aus der Bearbeitung gerade aus Sicht einer beratenden Public Health Perspektive ergeben haben, sollen folgende Thesen im Sinne eines Anraten weiterer Forschung auf dem Gebiet der sozialen Ungleichheit und Befindlichkeit bieten.

4.4 Thesen als Ausblick

Gesundheitswissenschaften müssen noch mehr integrieren als bisher

Der besondere Anspruch der Gesundheitswissenschaften besteht vor allem in der Integration verschiedener an der Erhaltung von Gesundheit und der Versorgung von Krankheit beteiligter Experten. Hierzu wurden in den letzten fünfzehn Jahren umfassende Konzepte für die Forschung und Lehre vorgelegt und umgesetzt. Eine tiefere Analyse der gesundheitswissenschaftlichen Konzeptionen an den deutschen Hochschulen legt jedoch wiederum nahe, dass eine in der hier vorgelegten Arbeit diskutier-

te Vernachlässigung besonders sozialstruktureller Bedingungen von Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung angenommen werden muss. Dies soll keineswegs bedeuten, dieser Vertiefung eine verstärkte Richtung sozialwissenschaftlicher Konzeptionen zu geben. Als integrierender Lösungsvorschlag wird an dieser Stelle jedoch angeregt, die bisher vorherrschende Ausrichtung von Public Health an die doch sehr „symptomorientierte“ Bedarfslage im bundesdeutschen Gesundheitswesen noch intensiver als bisher an Modellen zu orientieren, wie es beispielsweise Günther Steinkamp vorgeschlagen hat. An dessen Anfang müssen aus dieser Perspektive die sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit stehen. Diese werden bisher nur unzureichend fokussiert.

Das Solidarsystem auf soziale Ungleichheit erweitern

Eine der wesentlichen Säulen Deutschlands gerät ins Wanken. In keinem anderen Land, das in etwa in Bevölkerungsaufbau und -zusammensetzung Deutschlands ähnelt, existiert ein Gesundheitswesen, das so wie das deutsche im Wesentlichen auf dem Solidarprinzip basiert. Was bedeutet dieser Anspruch jedoch? Er besagt eigentlich nichts weiter, als das die Gesundheit aber auch die Krankheitsversorgung nicht von seinem Einkommen und von seiner Bildung abhängen sollten, dass also besser Verdienende mehr in das Versorgungssystem einzahlen als die schlechter Verdienenden. Die Folgen, die beispielsweise durch die Teilprivatisierung der Rente auftreten, sind zu diesem Zeitpunkt noch nicht abschätzbar. An dieser Stelle bietet es sich an, auf die Crux des deutschen Gesundheitssystems und soziale Ungleichheit hinzuweisen. Deutlich konnte aufgezeigt werden, dass Menschen aus unteren sozialen Schichten ein höheres Risiko besitzen zu erkranken bzw. zu sterben und eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität berichten. Diese Menschen sind somit per se für höhere Ausgaben im Gesundheitssystem verantwortlich. Um diesen Kreislauf zu durchbrechen wird unreflektiert eine Abspaltung von Wahlleistungen vom Solidarsystem angedacht. Hierin ist eine Verstärkung sozialer Ungleichheit zu sehen. Eine Folge, die in diesem Entsolidarisierungsprozess gesehen werden muss, ist eine Gefährdung des sozialen Friedens. Dies wird besonders daran deutlich, wenn man das Gesundheits- und das Bildungssystem im Vergleich betrachtet. Die vielzitierte PISA-Studie musste für Deutschland einräumen, dass das Bildungssystem nicht nur qualitativ schlecht, sondern darüber hinaus auch noch ungerecht ist – Bildungschancen hängen im hohen Maße nach wie vor von der sozialen Herkunft ab. Für unser Gesundheitswesen kann unter konsensualen Gesichtspunkten bisher nur von einer qualitativen Schwäche ausgegangen werden – konsensual aus dem Grunde, da Aspekte sozialer Ungleichheit nicht zum Bewertungsmaßstab für die Qualität herangezogen

werden. Dieser Umstand muss an dieser Stelle als im höchstem Maße verwerflich angesehen werden.

Auswege

Trotz dramatischer Konsequenzen konnte bisher keine breite Untersuchung – (vergleiche die bereits zwanzig Jahre alten Ergebnisse des ersten Nationalen Untersuchungssurveys) – noch Expertise – (vergleiche die einmütig wiederkehrenden Mahnungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) – eine Reaktion auf die Existenz eines sozialen Gradienten bei Krankheit und Sterblichkeit erreichen. Die bereits zu Beginn dieser Arbeit vorgelegte Absichtserklärung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung spezifisch auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen auszurichten, zeitigt gegenwärtig keine Konsequenzen. Eine Möglichkeit, an dieser Stelle vermehrt Umsetzungschancen zu erzeugen, ist es, den Abbau sozialer Ungleichheit und damit verbunden ein erhöhtes Erkrankungsrisiko durch nationale Gesundheitsziele zu erreichen. Als ein Vorbild hierzu könnte die britische Vorlage dienen. In den *National Targets of Health* wird detailliert beschrieben, wie die Ist-Situation aussieht und welche Ziele hier formuliert werden können. Dabei muss jedoch genau geprüft werden, wie weit diese nationalen Gesundheitsziele salutogenetischen Ansprüchen genügen.

Hieran schließt sich unmittelbar die Frage an, welche sozialstaatlichen Prinzipien unter salutogenetischen Aspekten weiter verfolgt werden sollen. Für das Solidarprinzip wurde bereits die Lanze gebrochen und dazu aufgefordert, den Wettbewerb zwischen Markt und Solidarität nicht verkommen zu lassen. Ein weiteres wesentliches Sozialstaatprinzip ist das sogenannte Subsidiaritätsprinzip. Dieses bereits bei Max Weber diskutierte Prinzip (vgl. Weber, 1922) wurde in der katholischen Soziallehre wiederum aufgegriffen („Quadragesimo anno“, 1931). Subsidiarität regelt das Zuständigkeitsprinzip der Gesellschaft nach dem was der Einzelne aus eigener Initiative leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gemeinschaft übertragen werden darf – die Gemeinschaft ist jedoch im Bedarfsfall zur Hilfeleistung verpflichtet. Dieses Prinzip baut sich am unteren Ende der Gesellschaft, also vom einzelnen Menschen her über die Familie auf und endet bei staatlichen Instanzen. Der Sozialstaat sieht eine der wesentlichen Säulen des Solidarprinzips darin, dass hier die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass zu allererst die Eigenverantwortung gefragt ist und dass Sorge dafür zu tragen ist, wie diese gewährleistet und auch geschützt wird.

Welche Forderungen schließen sich hieran für das Themenfeld soziale Ungleichheit und Gesundheit an? Basierend auf den aufgezeigten Zusammenhängen muss prinzipiell gefolgert werden, dass dieses Subsidiaritätsprinzip nur unzureichend im Bewusstsein der Menschen, vor allem der in unteren sozialen Schichten vorhanden ist – dies muss auch für die tragenden Organe des Sozialstaates angenommen werden. Und es sind offensichtlich die Ressourcen, wie weiter oben empirisch bestätigt werden konnte, die einem sozialen Gradienten folgen. Aus diesen Erkenntnissen sollen folgende allgemeine Forderungen an eine verbesserte Integration von Subsidiarität und Solidarität gestellt werden:

- A. Alle Menschen – und dies betrifft nicht nur die Menschen, die auf Solidarität angewiesen sind, sondern darüber hinaus – brauchen Unterstützung.
- B. Über die Korrektur von individuellen und familiären Risiken hinaus sollen sich Interventionen, gleich welcher Art, gleichberechtigt auf die Förderung persönlicher Kompetenzen beziehen.
- C. Es ist notwendig, sich bei allen Maßnahmen von der Intention gegenüber den kulturellen Eigenheiten der Empfänger – nach diesem Ansatz sind alle Menschen bedürftig, nicht nur die mit besonderen Risiken – leiten zu lassen und dafür zu sorgen, dass vor allem Familien ihre Aufgaben auf eine Weise erfüllen können, die diesen Rahmenvorgaben entspricht.
- D. Es ist vor allem das Prinzip der Subsidiarität, gestützt durch Solidarität, das gewährleisten kann, dass die Menschen sich mit ihren persönlichen Kompetenzen in allen Lebensbereichen weiterentwickeln können.
- E. Es muss eine sozialstaatliche Selbstverpflichtung sein, Familien durch den Auf- und Ausbau und die Förderung von Unterstützungsnetzwerken bei der Lösung derjenigen internen und externen Probleme zu helfen, die sie daran hindern, ihre Nachkommen angemessen zu betreuen – über die Stelle hinaus, an der sie nicht in der Lage sind dies selbst zu tun und auf die Unterstützung anderer angewiesen sind.

Diese Forderungen lehnen sich eng an die Ergebnisse des Harvard Family Research Projektes an (vgl. <http://www.gse.harvard.edu/~hfrp/index.html>).

Harmonisierung der empirischen Forschung reicht nicht aus

Ein Anspruch der hier vorgelegten Arbeit bestand aus einer theoretischen Analyse sozialer Ungleichheit und psychosozialer Lebenskontexte. Dabei konnte festgestellt werden, dies wurde an der deutschen Situation besonders festgemacht, dass eine einheitliche Analyse eines sozial ungleichen Krankheits-, Sterblichkeits- aber auch Gesundheitsgeschehens ausserordentlich schwierig ist. Dies liegt in erster Linie daran, dass zwar Standards zur Durchführung epidemiologischer Studien bestehen, diese jedoch gerade in der Gesundheitsforschung nicht verpflichtend sind. Möglicherweise ist dies auch in Verbindung mit einer nach wie vor existenten Vorherrschaft biomedizinisch orientierter Ansprüche zu sehen, die vor allem randomisierte Untersuchungen als den Goldstandard ansehen. Bei der Durchführung von Interventionsstudien ist dies sicherlich zutreffend, nur kommt es besonders bei der Zustandsbeschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung hierauf weniger an.

Eine daraus abzuleitende Forderung wäre die Einrichtung eines Kompetenzzentrums, das in Form von Normen vor der Durchführung von Untersuchungen eine Qualitätsbewertung des Studienplanes vornimmt und intensiv auch den Einsatz von psychometrischen Instrumenten und auch der Erhebung von Sozialstatusmaßen prüft. Zwar besteht im Zentrum für Umfragen, Meinungen und Analysen (ZUMA) eine öffentlich geförderte Einrichtung, nur ist seine Kompetenz nicht explizit auf Gesundheitsforschung ausgerichtet. Erste Erfahrungen konnten mit der Einrichtung eines Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes gemacht werden, in dem jeder der regional verankerten Verbände ein eigenes Methodenzentrum besitzt, das auf die Einhaltung basaler Standards achtet (vgl. Muthny, Bullinger & Kohlmann, 1999).

Darüber hinaus ergab die Analyse der empirischen Befunde in der Literatur das Ergebnis, dass eigentlich keine erschöpfende Meta-Analyse vorliegt, die insbesondere die Thematik der sozial ungleich verteilten psychosozialen Lebenskontexte vornimmt. Eine erste Übersicht zur sozial ungleich verteilten Gesundheit und Krankheit hat Mielck vorgelegt, die jedoch bei weitem nicht die internationale Situation abdeckt (Mielck, 2000). Somit muss eine weitere Forderung in der Verstärkung von Forschungsaktivitäten bestehen, mit dem Ziel zu aussagestarken Meta-Analysen zu kommen und ein Pooling von Daten anzustreben.

Modelle sind nicht nur hilfreiche analytische Werkzeuge sondern eröffnen auch neue Handlungsfelder

Im Mittelpunkt der hier vorgelegten Arbeit steht die Entwicklung eines Modells und seiner empirische Prüfung. Dabei sollte ein Modell als analytisches Werkzeug wenigstens eine Auswahl bestimmter Anforderungen bzw. Absichten erfüllen. Dies können u. a. eine Differenzierung zwischen wissenschaftlichen Theorien und Alltagstheorien, eine Systematisierung ausgewählter Beobachtungen, vom Einzelfall abstrahieren, Vereinfachung von Sachverhalten (Reduktion von Komplexität), Abbildung von Charakteristika, Weglassen unwichtiger Details u. a. mehr sein. Im hier vorgelegten Zusammenhang bestand eine Herausforderung an das Modell, Kausalitäten zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit sowie der dazwischen vermittelnden psychosozialen Lebenskontexte in einem ersten Schritt zu visualisieren und den Horizont möglicher vermittelnder Aspekte bildlich darzustellen. Unabhängig davon, ob eine Darstellung im Flussdiagramm (vgl. Steinkamp) oder wie in Strukturgleichungsmodellen gewählt wird – mit der Einführung einer Verbindung wird immer auch eine neue Ebene impliziert. Dies betrifft sowohl statische Momente, wie beispielsweise die Prüfung von Versorgungsstrukturen, aber auch zeitabhängige Vorgänge. Von daher soll hier auf die Ebenen eingegangen werden, die durch die Einführung einer Meso-Ebene neu entstanden sind. Dies betrifft auf der einen Seite die Verbindungsmechanismen zwischen Sozialstruktur und psychosozialen Lebenskontexten und auf der anderen Seite die Verbindung zwischen psychosozialen Lebenskontexten und der subjektiven Gesundheit. Verkürzt bedeutet dies, dass durch ein Modell zwingend auch neue Schnittstellen erzeugt werden, die im Sinne eines Systems neue wissenschaftliche Lösungen erfordern. In der Folge werden für die eben angesprochenen neuen Brücken zwei Überlegungen angestellt, die jedoch nur als Anregung verstanden werden können und eigene tiefere wissenschaftliche Analyse benötigen.

Sozialisation als Lösung?

Für die erste Schnittstelle zwischen Sozialstruktur und psychosozialer Lebenskontexte wird auf eine sozialwissenschaftliche Tradition zurückgegriffen. Es liegt nahe, als die wesentliche Vermittlungsinstanz zwischen der Sozialstruktur und der Ebene psychosozialer Lebenskontexte auf die Sozialisationstheorie zurückzugreifen. Hierunter ist die Vielzahl der Prozesse zu verstehen, durch die jeder Mensch relativ dauerhafte Verhaltensweisen erwirbt, die durch seine Beziehung zur physischen und sozialen Um- und Mitwelt geprägt werden. Dies ermöglicht ihm am sozialen Leben teilzuhaben und vor allem diese Entwicklung mit zu gestalten. Notwendigerweise sind für Sozialisation zwischenmenschliche Beziehungen Voraussetzung, über die der Mensch zum

Handeln befähigt wird und das gemeinschaftliche Gestalten der sozialen und natürlichen Umwelt möglich wird. Als Basismechanismen der Sozialisation gelten Reziprozität, also die persönlichen und gemeinschaftlichen Erfahrungen mit Bindungen und Beziehungen sowie mit Gleichheit und Differenzen, Generativität, womit die Vermittlungsmechanismen von Handlungswissen sowie die Reproduktion alters- und statusbezogener Ungleichheiten gemeint sind, sowie die Historizität, die den genetischen Charakter von Sozialisation und die Verfestigung von Handlungswissen betont. Theoretische Überlegungen wie beispielsweise der eher phänomenologische Ansatz von Bronfenbrenner weisen bereits dezidiert auf die Einflüsse einer Sozialstruktur auf die menschliche Entwicklung hin und entwickeln ebenfalls ein Mehrebenenmodell. So fasst Bronfenbrenner Faktoren wie Ausbildung der Eltern, Familiengröße oder auch Geschlecht nicht als Störvariablen auf, sondern betrachtet sie als Moderatorvariablen. Erste Ergebnisse zur Prüfung der theoretischen Annahmen zeigten hier einen deutlichen sozialschichtspezifischen Einfluss (Bronfenbrenner, 1981). Zwar kann an dieser Stelle kein umfassender Überblick über die Möglichkeiten der Sozialisation als Transformationsmechanismus zwischen sozialer Ungleichheit und psychosozialen Lebenskontexten gegeben werden, doch deuten sich nach Durchsicht der Literatur vielfältige Möglichkeiten an (Bronfenbrenner, 1981; Dodge, Pettit & Bates, 1994; Hurrelmann & Ulich, 1998; Schnabel, 1988), so dass das als Abbildung 1 gekennzeichnete Modell in einer Anregung erweitert werden kann.

Der darin enthaltene mit 1 gekennzeichnete Pfad legt nahe, hier sozialisationstheoretische Überlegungen anzustellen.

Des Weiteren verbleibt der Pfad, der in Abbildung 1 mit 2 gekennzeichnet wurde und den Vermittlungsprozess zwischen der Ebene der psychosozialen Lebenskontexte und der Ebene von Gesundheit, Befindlichkeit und Lebensqualität repräsentiert. Nicht zuletzt Kelly und ihre Mitarbeiter haben in einem Aufsatz untersucht, welche Zusammenhänge zwischen dem Zentralnervensystem, dem endokrinen System und dem Immunsystem existieren. In den letzten Jahren ist eine Fülle von Befunden publiziert worden, die immunologische Konsequenzen nach Veränderungen des Verhaltens und Befindens einerseits und Verhaltensunterschiede nach immunologischer Aktivierung andererseits demonstrieren. Kelly et al. stellen im Rahmen einer umfassenden Meta-Analyse zusammen, welche sozio-ökonomischen Faktoren sowie das selbstberichtete und -wahrgenommene psychosoziale Umfeld das Immunsystem beeinflussen (Kelly, Hertzman & Daniels, 1997). Der Versuch einer Literaturrecherche, die die Aufgabe hatte, den Zusammenhang zwischen psychosozialen Lebenskontexten und der Gesundheit, Befindlichkeit und Lebensqualität nachzuzeichnen, blieb wei-

testgehend erfolglos. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive erwies sich lediglich eine einzige deutschsprachige Arbeit als relevant – dahingehend, Anhaltspunkte für einen Transformationsprozess zwischen psychosozialen Lebenskontexten und Gesundheit zu bieten (Stock & Badura, 1995).

Wenn aus sozialwissenschaftlicher Perspektive gefordert wird, einen Paradigmenwechsel für ein biopsychosoziales Krankheitsentstehungs- bzw. Gesundheitserhaltungsmodell vorzunehmen, so muss auch für die Gesundheitswissenschaften gelten, vermehrt neue Entwicklungen wie Psychoneuroimmunologie nachzuvollziehen. Dies ist bisher nur wenig geschehen.

Plädoyer für eine integrierte Forschung

Aus den Anregungen, welche möglichen theoretischen Ansätze für die Verbindungen zwischen sozialer Ungleichheit und psychosozialen Lebenskontexten bzw. Gesundheit, Befindlichkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität bestehen, wird abschließend eine Forschungsinitiative angeregt, die folgende grobe Fragestellungen und Eckpunkte umfassen sollte:

Was sind die vermittelnden Prozesse zwischen sozialer Ungleichheit und psychosozialen Kontexten? Was sind die vermittelnden Prozesse zwischen psychosozialen Kontexten und Gesundheit? Welche forschungsgestützten Erkenntnisse ergeben sich für eine nach sozialstaatlichen Kriterien orientierte Intervention zur Verringerung eines gesundheitlichen Risikos unterer sozialer Schichten bzw. zur Verbesserung des Empowerments ‚gesunder‘ Menschen? Was ist erforderlich, um abgesicherte Interventionen in eine sozialstaatlich orientierte Verfassung zu implementieren und wer wacht darüber?

1. Theoretische Vorüberlegungen basierend auf den Vorarbeiten von Steinkamp und Knesebeck. Einbeziehung der amerikanischen und britischen Vorarbeiten (Berkman & Kawachi, 2000; Knesebeck, 1998; Marmot, 1993; Steinkamp, 1993, 1999).
2. Methodische Aufarbeitung bisheriger Forschung zum Thema soziale Ungleichheit, psychosoziale Lebenskontexte und Gesundheit.
3. Begleitende sozialpolitische Bearbeitung der Thematik mit Beratungsfunktion in Art des Nationalen Ethik-Rates - Ziel ist die Verankerung von Unterstützungsleistungen (solidarisch, subsidiarisch) im Grundgesetz.

4. Designkonferenz:

- a) Erstellung eines umfassenden Instrumentariums in Anlehnung an den nationalen Untersuchungs-Survey des Robert-Koch-Institutes (RKI) mit medizinischer Untersuchung unter Einschluss von endokrinologischen Parametern. Das Interview sollte auf Kriterien und Erkenntnissen der internationalen und nationalen Forschung basieren – vgl. Punkt 2.
- b) Anlage als repräsentative Längsschnittuntersuchung – nach Kenntnis von Sozialstrukturdaten erfolgt eine Zufallserhebung von Familien und Alleinstehenden im Alter zwischen 16 und 36 Jahren. Diese Stichprobe (möglichst nach RKI-Erhebungsstandards) wird als Kohorte in Intervallen von wenigstens zwei Jahren weiterverfolgt (vgl. Schnabel, 1988, S. 273f.).

5. Durchführung der Untersuchung als multidisziplinäre Längsschnittuntersuchung, die Aussagen dahingehend erlauben soll, ob sozialisationstheoretische Aspekte durch die Sozialstruktur beeinflusst werden und ob diese dafür ausreichen, unterschiedliche Ausprägungen auf Ebene der psychosozialen Lebenskontexte zu erklären (Badura & Pfaff, 1989). Darüber hinaus gilt es zu untersuchen, ob soziale Ungleichheit unterschiedliche Sozialisationsstile hervorbringt, die wiederum unterschiedliche Vermittlungsformen zwischen psychosozialen Lebenskontexten und Gesundheit bedingen. Hier gilt es darüber hinaus zu analysieren, in welcher Form Psychoneuroimmunologie als Transmission ausreicht und in Verbindung mit sozialer Ungleichheit und psychosozialen Lebenskontexten steht.

Wie Stock und Badura bemerken, „haben wir es bei diesem Zusammenhang zwischen Gesellschaft, Emotionen und Gesundheit mit zwei unterschiedlichen, wenn auch eng zusammenhängenden Teilprozessen zu tun: eher direkten und kurzfristigen, situationsspezifischen und spontanen Formen der Gefühlsregulierung, wie sie typischerweise Gegenstand der experimentellen Laborforschung sind und eher längerfristigen Folgen des soziokulturellen und biographisch vermittelten Umgangs mit bestimmten Gefühlen. Dieser zweite Teilprozess und seine Auswirkungen auf die Gesundheit entzieht sich dem methodischem Zugriff experimenteller Forschung, scheint aber für die Gesundheit ebenso von Relevanz“ (Stock & Badura, 1995, S. 86). Die hier vorgelegte

Untersuchung kann noch keine konkreten Aussagen über diese hier angedachte Relevanz machen, zeigt jedoch einen Weg, diese in absehbarer Zeit zu erbringen.

5 Literatur

- Abel T, Duetz M & Niemann S (2000) Statistische Zusammenhänge selbst berichteter Gesundheitsindikatoren: eine explorative Analyse von Befragungsdaten bei 55-65 jährigen. In: M Bullinger, J Siegrist & U Ravens-Sieberer (Hrsg.) *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Forschung* (S. 320-336). Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Abele A & Becker P (1994) *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (Bd. 2. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Adler NE, Marmot M, McEwen BS & Stewart J (1999) *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations* (Bd. 896). New York: The New York Academy of Sciences.
- Ahrens W, Bellach BM & Jöckel KH (1998) Messung soziodemografischer Merkmale in der Epidemiologie. *RKI-Schriften* (1).
- Angermeyer MC (Hg.) (1987) *From Social Class to Social Stress*. Berlin: Springer-Verlag.
- Angermeyer MC & Klusmann D (Hrsg.) (1989) *Soziales Netzwerk*. Berlin: Springer-Verlag.
- Antonovsky A (1997) *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arbuckle JL & Wothke W. (1999). *AMOS 4.0 User's Guide*. Chicago: SmallWaters.
- Armstrong DL & Castorina J (1998) Community occupational structure, basic services and coronary mortality in Washington state, 1980-94. *Annu Epidemiol* (8), 370-377.
- Babitsch B (1998) Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen in Westdeutschland. In: W Ahrens, B-M Bellach & K Jöckel (Hrsg.) *Messung soziodemogra-*

phischer Merkmale in der Epidemiologie (1/98 ed.). München: MMV Medizin Verlag München.

Babitsch B (2000) Soziale Lage, Frauen und Gesundheit. In: U Helmert, K Bammann, W Voges & R Müller (Hrsg.) *Müssen Arme früher sterben?* Weinheim/München: Juventa Verlag.

Bäcker G, Bispinck R, Hofemann K & Naegele G (2000) *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd.2, Gesundheit und Gesundheitssystem, Familie, Alter, Soziale Dienste*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Bäcker G & Ebert T (1996) *Zukunft des Sozialstaates. Defizite und Reformbedarf in ausgewählten Bereichen der sozialen Sicherung*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Backlund E, Sorlie PD & Johnson NJ (1996) The shape of the relationship between income and mortality in the United States: evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Annu Epidemiol*, 6, 1-9.

Badura B (Hg.) (1981) *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand der sozialepidemiologischen Forschung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Badura B, Kaufhold G, Lehmann H, Pfaff H et al. (1987) *Leben mit dem Herzinfarkt*. Berlin: Springer.

Badura B & Pfaff H (1989) Stress, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 41 (4), 644-668.

Badura, B. (1990). Sozialepidemiologie. In R. Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 63-69). Göttingen Toronto Zürich: Verlag für Psychologie Dr. C.J. Hogrefe.

Bammann K & Helmert U (2000) Arbeitslosigkeit, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: U Helmert, K Bammann, W Voges & R Müller (Hrsg.) *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*. Weinheim/München: Juventa.

- Bartley M (1994) Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology Community Health*, 48, 333-337.
- Beaglehole R, Bonita R & Kjellström T (1997) *Einführung in die Epidemiologie*. Bern Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Beck U (1983) Jenseits von Stand und Klasse. In: R Kreckel (Hg.) *Soziale Ungleichheiten. Sonderband 2 der Sozialen Welt* (S. 35-74). Göttingen: Verlag Otto Schwartz.
- Beck U (1986) *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Beck U (1990) Freiheit oder Liebe. Vom Ohne-, Mit- und Gegeneinander der Geschlechter innerhalb und außerhalb der Familie. In: U Beck & E Beck-Gernsheim (Hrsg.) *Das ganz normale Chaos der Liebe* (S. 20-64). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Beck U & Beck-Gernsheim E (1990) *Das ganz normale Chaos der Liebe*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Becker P (1994) Theoretische Grundlagen. In: A Abele & P Becker (Hrsg.) *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (S. 13-49). Weinheim: Juventa.
- Bellach B-M (Hg.) (1996) *Die Gesundheit der Deutschen* (15/1996). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Berger PA & Hradil S (Hrsg.) (1990) *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile* (Sonderband 7 der Sozialen Welt). Göttingen: Verlag Otto Schwartz & Co.
- Bergmann J, Brandt G, Körber K, Mohl ET et al. (1968). *Herrschaft, Klassenverhältnis und Schichtung*. Vortrag auf der Tagung 'Spätkapitalismus oder Industriegesellschaft. Verhandlungen des 16. Deutschen Soziologentages.', Frankfurt/Main.
- Berkman LF & Glass T (2000) Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: LF Berkman & I Kawachi (Hrsg.) *Social Epidemiology* (S. 137-173). New York: Oxford University Press.

- Berkman LF, Glass T, Brissette I & Seeman TE (2000) From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science & Medicine*, 51 (6), 787-989.
- Berkman LF & Kawachi I (Hrsg.) (2000) *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Berkman LF & Syme SL (1979) Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*, 109 (2), 186-204.
- Beutel M (1988) *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: edition medizin - VCH.
- Biefang S, Potthoff P & Schliehe F (1998) *Assessmentverfahren für die Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Bischof W, Brasche S, Herzog V, Heilemann KJ et al. (1997). *Health Mental Performance and Behaviour in Office Buildings - The Role of HVAC*. *Proceedings Healthy Buildings*. Vortrag auf der Tagung 'IAQ '97', Washington DC, USA.
- Bjorner JB, Damsgaard MT, Watt T & Groenvold M (1998) Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the Danish SF-36. *Journal-of-clinical-epidemiology*, 51 (11), 1001-1011.
- Bloomfield K (1998) Das Problem des internationalen Vergleichs von Ausbildungsabschlüssen. In: W Ahrens, B-M Bellach & K Jöckel (Hrsg.) *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (1/98 ed.). München: MMV Münchner Medizin Verlag.
- Böhmer S & Kohlmann T (2000) Verfahren zur Bewertung von Gesundheitszuständen und Lebensqualität. In: U Ravens-Sieberer & A Cieza (Hrsg.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung* (S. 53-72). Landsberg: ecomed.
- Bolte KM & Hradil S (1988) *Soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich.

- Bonß W & Ludwig-Mayerhofer W (2000) Arbeitsmarkt. In: J Allmendinger & W Ludwig-Mayerhofer (Hrsg.) *Soziologie des Sozialstaats*. Weinheim u. München: Juventa.
- Bormann C, Hoeltz J, Hoffmeister H, Klaes L et al. (1990) *Subjektive Morbidität. Beiträge des Bundesgesundheitsamtes zur Gesundheitsberichterstattung* (Bd. 4/90). München: MMV Medizin Verlag München.
- Bortz J & Döring N (1995) *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Bosma H, Schrijvers C & Mackenbach JP (1999) Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: cohort study. *British Medical Journal*, 319, 1469-1470.
- Boswell T & Dixon WJ (1993) Marx's theory of rebellion: a cross-national analysis of class exploitation, economic development, and violent revolt. *Am Sociol Rev* (58), 681-702.
- Bourdieu P (1982) *Die feinen Unterschiede*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bowling A (1997) *Measuring Health* (2. Auflage). Buckingham Philadelphia: Open University Press.
- Bradburn NM (1969) *The structure of well-being*. Chicago: Aldine.
- Brock D (1998) Soziale Ungleichheiten. Klassen und Schichten. In: B Schäfers & W Zapf (Hrsg.) *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands* (S. 608-622). Opladen: Leske+Budrich.
- Bronfenbrenner U (1981) *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brown GW & Birley JLT (1972) Die Bedeutung von Krisen und Lebensveränderungen für den Ausbruch der Schizophrenie. In: M von Cranach & A Finzen (Hrsg.) *Sozialpsychiatrische Texte* (S. 218 - 231). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Brown GW, Ni Bhrolchain M & Harris TO (1980) Soziale Schicht und psychische Störungen bei Frauen in einer städtischen Bevölkerung. In: H Katschnig (Hg.)

- Sozialer Streß und psychische Erkrankung* (S. 279 - 307). München: Urban & Schwarzenberg.
- Brücker H (1994) *Sozialer Streß, Defensives Coping und Erosion der Kontrollüberzeugung*. Münster: Waxmann.
- Buddeberg-Fischer B & Buddeberg C (1998) Entwicklungspsychologie. In: C Buddeberg & J Willi (Hrsg.) *Psychosoziale Medizin*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Bullinger M (1994a) Lebensqualität - ein neues Bewertungskriterium für den Therapieerfolg. In: E Pöppel, M Bullinger & U Härtel (Hrsg.) *Kurzlehrbuch der medizinischen Psychologie* (S. 369-376). Weinheim: VCH Verlag.
- Bullinger M (1994b) Streß. In: E Pöppel, M Bullinger & U Härtel (Hrsg.) *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Weinheim: Chapman und Hall.
- Bullinger M (1997a) Befindlichkeitsstörungen. In: HE Wichmann, HW Schlipkötter & G Fülgraff (Hrsg.) *Handbuch der Umweltmedizin* (S. V-14; 11-11). Landsberg/Lech: ecomed.
- Bullinger M (1997b) Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychother Psych Med*, 47 (3/4), 76-91.
- Bullinger M (2000) Lebensqualität - Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: U Ravens-Sieberer & A Cieza (Hrsg.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung* (S. 13-24). Landsberg: ecomed.
- Bullinger M (Hg.) (1996) *Stand des laufenden BMBF Vorhabens "Untersuchungen zu posit. u. neg. Wirkungen..."*. Bonn: TGC.
- Bullinger M & Kirchberger I (1998) *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Handanweisung)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger M, Kirchberger I & Ware J (1995) Der deutsche SF-36 Health Survey. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3 (1), 21-36.
- Bullinger M, Morfeld M & Mackensen Sv. (1997, 27.9. - 2.10 97). *The Role of Environmental Perception in the Relationship between Indoor Climate and Wellbe-*

ing of Office Workers Proceedings Healthy Buildings. Vortrag auf der Tagung 'IAQ '97', Washington DC, USA.

Bullinger M, Morfeld M & Mackensen Sv (1998) Psychosoziale Aspekte des Sick Building Syndromes. *Allergologie* (21), 198-208.

Bullinger M, Morfeld M & Petersen C (1999) *Die Lebensqualität chronisch kranker Menschen in der Stadt Hamburg*. (Unveröffentlichter Abschlussbericht an die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg). Hamburg.

Bullinger M & Pöppel E (1988) Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz? *Deutsches Ärzteblatt*, 85, 679-680.

Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (2001) *Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.

Bürger W (1997) *Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation* (Bd. 44). Bern Göttingen Toronto Seattle: Verlag Hans Huber.

Bürger W & Morfeld M (1999) Gibt es schichtspezifische Benachteiligungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Reha-Maßnahmen? *Die Rehabilitation*, 38 (Suppl. 2), 134-141.

Byrne BM (2001) *Structural Equation Modeling with AMOS*. Mahwah London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Cairns E (1988) Social Class, Psychological Wellbeing and Minority Status in Northern Ireland. *The International Journal of Social Psychiatry*, 35 (3), 231-236.

Cannon WB (1914) The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researchers. *American Journal of Psychology*, 25, 256-282.

Carstairs V (1995) Deprivation indices: their interpretation and use in relation to health. *J Epidemiol Community Health*, 49 (Suppl 2), 53-58.

Celik Y & Hotchkiss DR (2000) The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science & Medicine*, 50 (12), 1797-1806.

Dahrendorf R (1963) *Gesellschaft und Freiheit*. München: Piper & Co.

- Davis K & Moore WE (1967) Einige Prinzipien der sozialen Schichtung. In: H Hartmann (Hg.) *Moderne amerikanische Soziologie. Neuere Beiträge zur soziologischen Theorie.* (S. 347-357). Stuttgart.
- deNeve KM & Cooper H (1998) The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin* (124), 197-229.
- Derogatis LR & Coons HL (1993) Self-report Measures of Stress. In: L Goldberger & S Breznitz (Hrsg.) *Handbook of Stress. Theoretical and clinical Aspects* (S. 200-233). New York: The free Press-Macmillan.
- Diewald M (1991) *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung?* Berlin: edition sigma.
- Diezinger A & Mayr-Kleffel V (1999) *Soziale Ungleichheit.* Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Dodge KA, Pettit GS & Bates JE (1994) Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Dev*, 65 (2 Spec No), 649-665.
- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B et al. (1980) *Mental illness in the United States. Epidemiological estimates.* New York: Praeger.
- Duncan BB, Rumel D, Zelmanovicz A, Mengue SS et al. (1995) Social Inequality in Mortality in Sao Paulo State, Brazil. *International Journal of Epidemiology*, 24 (2), 359-365.
- Duncan OD (1961) A socioeconomic index for all occupations. In: AJ Reiss (Hg.) *Occupations and Social Status* (S. 109-138). New York: Free Press.
- Dunlop S, Coyte PC & Mclsaac W (2000) Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 51 (1), 123-133.
- Durkheim E (1973) *Der Selbstmord.* Neuwied.
- Dye TD & Lee RV (1994) Socioeconomic status: developing a quantitative, community based index in rural Kashmir. *Journal of Epidemiology Community Health* (48), 421-422.

- Eames M, Ben-Shlomo Y & Marmot M (1993) Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England. *British Medical Journal* (307), 1007-1102.
- Ehling M, von der Heyde C, Hoffmeyer-Zlotnik JHP & Quitt H (1992) Eine deutsche Standarddemographie. *ZUMA Nachrichten*, 16 (31), 29-46.
- Elkeles T (2001) Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: A Mielck & K Bloomfield (Hrsg.) *Sozial-Epidemiologie* (S. 71-82). Weinheim München: Juventa.
- Elkeles T & Mielck A (1997) Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Gesundheitswesen*, 59, 137-143.
- Elo IT & Preston SH (1996) Educational differentials in mortality: United States, 1979-85. *Social Science & Medicine* (42), 47-57.
- Engel GL (1996) Wie lange noch muß sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: T von Uexküll (Hg.) *Psychosomatische Medizin*. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Erikson R & Goldthorpe JH (1992) *The Constant Flux. A Study of Class Mobility in Industrial Societies*. Oxford: Clarendon.
- Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J & Brähler E (2000) *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Handanweisung)*. Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe.
- Fahrenberg J, Myrtek M, Wilk D & Kreutel K (1986) Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. *Psychother Psych Med*, 36, 347-354.
- Feldmann JJ, Makuc DM, Kleinman JC & Cornoni-Huntley J (1989) National trends in educational differentials in mortality. *American Journal of Epidemiology*, 129(5), 919-933.
- Ferring D & Filipp SH (1989) Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung (FEGK). Kurzbericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18 (3), 285-289.
- Filipp S-H (Hg.) (1987) *Kritische Lebensereignisse*. München: PVU.

- Fink SV (1995) The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiving families. *Nurs Res*, 44 (3), 139-146.
- Forschungsverbund DHP (Hg.) (1998) *Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie*. Bern Göttingen Toronto Seattle: Verlag Hans Huber.
- Freie und Hansestadt Hamburg (2000) *Gesunde Soziale Stadt - Arbeitshilfen für Planungs- und Entscheidungsprozesse*. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Galanos AN, Strauss RP & Pieper CF (1994) Sociodemographic correlates of health beliefs among black and white community dwelling elderly individuals. *Int J Aging Hum Dev*, 38 (4), 339-350.
- Ganzeboom HBG, De Graaf PM, Treiman DJ & De Leeuw J (1992) A Standard International Socio-Economic Index of Occupational Status. *Social Science Research* (25), 201-239.
- Ganzeboom HBG & Treiman D, J. (1996) International Comparable Measures of Occupational Status for the 1988 International Standard Classification of Occupations. *Social Science Research*, 25, 210-239.
- Gediga G. (1998). *Strukturgleichungsmodelle (LISREL-Analysen)*. Erreichbar: <http://luce.psych.uni-osnabrueck.de/ggediga/www/pm98/pages/lisrel.htm>.
- Geiger T (1932) *Die soziale Schichtung des deutschen Volkes*. Stuttgart.
- Geiger T (1949) *Die Klassengesellschaft im Schmelztiegel*. Köln/Hagen.
- Geißler R (1996a) *Die Sozialstruktur Deutschlands*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Geißler R (1996b) Kein Abschied von Klasse und Schicht. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 48 (2), 319-338.
- Geißler R & Meyer T (1996) Struktur und Entwicklung der Bevölkerung. In: R Geißler (Hg.) *Die Sozialstruktur Deutschlands*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gerdes N & Jäckel WH (1992) Indikatoren des Reha-Status (IRES) - Ein Patienten-Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit und des -erfolgs. *Die Rehabilitation* (31), 73-79.

- Gerdes N & Jäckel WH (1995) Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Die Rehabilitation*, 34, XIII-XXIV.
- Geyer S (2001) Belastende Lebensereignisse und soziale Unterstützung. In: A Mielck & K Bloomfield (Hrsg.) *Sozial-Epidemiologie*. Weinheim München: Juventa Verlag.
- Glatzer W (1984) Unzufriedenheit und gesellschaftliche Konflikte. In: W Glatzer & W Zapf (Hrsg.) *Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt/New York: Campus.
- Glatzer W & Zapf W (1984) *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt: Campus.
- Gluchowski P (1988) *Freizeit und Lebensstile. Plädoyer für eine integrierte Analyse von Freizeitverhalten*. Erkrath: DGFF.
- Göckenjahn G (1985) *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Goldberger L & Breznitz S (1993) *Handbook of Stress. Theoretical and clinical Aspects*. New York: The free press-Macmillan.
- Greif S (1991) Stress in der Arbeit. In: S Greif, E Bamberg & N Semmer (Hrsg.) *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen Bern: Hogrefe.
- Greiner BA (2001) Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. In: A Mielck & K Bloomfield (Hrsg.) *Sozial-Epidemiologie* (S. 141-156). Weinheim München: Juventa.
- Grossmann R & Scala K (1994) *Gesundheit durch Projekte fördern*. Weinheim: Juventa.
- Haan M, Kaplan G & Camacho T (1987) Poverty and Health: prospective evidence of the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 125 (6), 989-998.
- Habich R & Noll H-H (2000) Soziale Schichtung und soziale Lagen. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) & Zentrum für Umfragen

- Methoden und Analysen (ZUMA) (Hrsg.) *Datenreport 1999*. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Hall A & Wellman B (1985) Social networks and social support. In: S Cohen & SL Syme (Hrsg.) *Social support and health* (S. 23-41). Orlando: Academic Press.
- Handl J, Mayer KU & Müller W (Hrsg.) (1977) *Klassenlagen und Sozialstruktur*. Frankfurt/Main: Campus.
- Harlow LH, Mulaik SA & Steiger JH (1997) *What if there were no Significance Test?* Mahwah London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Härtel U (1994) Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: E Pöppel, M Bullinger & U Härtel (Hrsg.) *Medizinische Psychologie und Soziologie* (2. ed.). Weinheim: Chapman & Hall.
- Härtel U, Stieber J & Keil U (1993) Der Einfluß von Ausbildung und beruflicher Position auf Veränderungen im Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum: Ergebnisse der MONICA Augsburg Kohortenstudie. *Soz Präventivmedizin*, 38, 133-141.
- Hauck G (1984) *Geschichte der soziologischen Theorie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Haug MR (1977) Measurement in social stratification. *Annu Rev Sociol* (3), 51-77.
- Heim E (1988) Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychother Psych Med*, 38, 8-18.
- Heim E (1998) Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychother Psych Med* (48), 321-337.
- Helmert U & Greiser E (1988) Soziale Schicht und Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten - Resultate der regionale DHP-Gesundheitssurveys. *Sozial- und Präventivmedizin*, 33, 233-240.
- Helmert U, Shea S & Maschewsky-Schneider U (1995) Social class and cardiovascular disease risk factor changes in West Germany 1984-1991. *European Journal of Public Health*, 5, 103-108.

- Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R et al. (1997) The impact of Socio-economic Status on Health Functioning as Assessed by the SF-36 Questionnaire: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 87 (9), 1484-1490.
- Hemingway H, Stafford M, Stansfield S & Marmot M (1997) Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II Study. *British Medical Journal*, 315, 1273-1279.
- Henrich G & Herschbach P (1996) *FLZ Fragen zur Lebenszufriedenheit - Kurzbeschreibung, Normdaten* (Unveröffentlichtes Manuskript). München: Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der TU München.
- Henrich G & Herschbach P (2000) Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M). In: U Ravens-Sieberer & A Cieza (Hrsg.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin: Konzepte, Methoden, Anwendung* (S. 98-110). Landsberg: ecomed.
- Hoffmeister H, Hoeltz J, Schön D, Schröder E et al. (1988) *Nationaler Untersuchungssurvey und regionale Untersuchungssurveys der DHP* (Berichte, Mitteilungen 1): DHP-Forum.
- Hoffmeister H, Hüttner H, Stolzenberg H, Lopez H et al. (1992) *Sozialer Status und Gesundheit* (Bd. 2/92). München: MMV Medizin Verlag München.
- Hoffmeyer-Zlotnik JHP (1998) "Beruf" Und "Stellung im Beruf" als Indikatoren für soziale Schichtung. In: W Ahrens, B-M Bellach & K Jöckel (Hrsg.) *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (1/98 ed., S. 54-64). München: MMV Medizin Verlag München.
- Hoffmeyer-Zlotnik JHP & Ehling M (1991) Demografische Standards für Deutschland. Ein Instrumentenentwurf. *ZUMA Nachrichten*, 15 (28), 29-40.
- Hollingshead AB & Redlich FC (1958) *Social Class and Mental Illness. A Community Study*. New York.

- House JS, Cynthia R & Methner HL (1982) The Association of Social Relationships and Activities with Mortality: Prospective Evidence From the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116 (1), 123-140.
- Hradil S (1987) *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft*. Opladen: Leske+Budrich.
- Hradil S (1995) Schicht, Schichtung und Mobilität. In: H Korte & B Schäfers (Hrsg.) *Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie* (S. 145-164). Opladen: Leske+Budrich.
- Hu It & Bentler PM (1998) Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparameterized Model Misspecification. *Journal of the American Psychology Association*, 3 (4), 424-453.
- Hunt SM & McEwen J (1989) *The Nottingham Health Profile: User's manual*. Manchester: Galen Research and Consultancy.
- Hurrelmann K & Laaser U (1993) Vorwort. In: K Hurrelmann & U Laaser (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften* (S. VII-X). Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Hurrelmann K & Ulich D (Hrsg.) (1998) *Handbuch der Sozialisationsforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- International Labour Office (1990) *ISCO-88. International Standard Classification of Occupations*. Genf.
- Janßen C (1997) Gesundheitliche Risikoverhaltensweisen und gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (HLC) in Ost- und Westdeutschland. Eine Querschnittstudie von 1992. In: S Hradil (Hg.) *Differenz und Integration - Die Zukunft moderner Gesellschaften*. (S. 594-598). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Janßen C (2001) Soziale Schicht und 'Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen' ('Health Locus of Control'). In: A Mielck & K Bloomfield (Hrsg.) *Sozial-Epidemiologie* (S. 184-195). Weinheim München: Juventa.
- Janßen C, Heinrich C, Chrispin A, Weitkunat R et al. (2000) Sozio-ökonomischer Status und gesundheitliche Kontrollüberzeugungen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* (3), 216-229.

- Janßen C & Lüschen G (1998) Health Locus of Control (HLC) in Deutschland, Belgien, Frankreich und Niederlande. Soziodemographische und ökonomische Unterschiede. *Das Gesundheitswesen*, 60, A55.
- Jargowsky PA (1996) Take the money and run: economic segregation in U.S. metropolitan areas. *Am Sociol Rev* (61), 984-998.
- Jayakody R, Danziger S & Kessler RC (1998) Early-Onset Psychiatric Disorder and Male Socioeconomic Status. *Social Science Research*, 27, 371-387.
- Jöckel K, Babitsch B, Bellach B-M, Bloomfield K et al. (1998) Messung und Quantifizierung soziodemografischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: W Ahrens, B-M Bellach & K Jöckel (Hrsg.) *Messung soziodemografischer Merkmale in der Epidemiologie* (1/98 ed., S. 7-34). München: MMV Münchner Medizin Verlag.
- Jöreskog KG (1967) Some contributions to maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 32, 443 - 482.
- Kaplan GA (1996) People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. *Int J Health Services* (26), 507-519.
- Karasek RA (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285 - 307.
- Karasek RA, Baker D, Marxer F, Ahlbom A et al. (1981) Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health*, 71 (7), 694-705.
- Katschnig H (1980a) Lebensverändernde Ereignisse als Ursache psychischer Krankheiten - Eine Kritik des globalen Ansatzes in der Life-Event-Forschung. In: H Katschnig (Hg.) *Sozialer Streß und psychische Erkrankung*. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Katschnig H (Hg.) (1980b) *Sozialer Streß und psychische Erkrankung* (5). München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Kaufmann F-X (1997) *Herausforderungen des Sozialstaates*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Kelly S, Hertzman C & Daniels M (1997) Searching for the biological pathways between stress and health. *Rev. Public Health*, 18, 437-462.
- Kempen GI, Brillman EI, Ranchor AV & Ormel J (1999) Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *Soc Sci Med*, 49 (1), 143-149.
- Kirchberger I (2000) Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand: Anwendung, Auswertung und Interpretation. In: U Ravens-Sieberer & A Cieza (Hrsg.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Landsberg: ecomed.
- Klauer T & Filipp S-H (1990) Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten. In: R Schwarzer (Hg.) *Gesundheitspsychologie* (S. 333-363). Göttingen Toronto: Hogrefe.
- Klusmann D (1989) Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke. In: MC Angermeyer & D Klusmann (Hrsg.) *Soziales Netzwerk* (S. 17-63). Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.
- Knesebeck Ovd (1998) *Subjektive Gesundheit im Alter* (Bd. 7). Münster: LIT.
- Knopf H, Ellert U & Melchert H-U (1999) Sozialschicht und Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), S169-S177.
- Koch U & Bengel J (Hrsg.) (2000) *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer-Verlag.
- Koch U & Weis J (1998) *Krankheitsbewältigung bei Krebs*. Stuttgart: Schattauer.
- Kohlmann T (2000) Das Nottingham Health Profile und das Sickness Impact Profile. In: U Ravens-Sieberer & A Cieza (Hrsg.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung* (S. 86-97). Landsberg: ecomed.
- Kohlmann T, Bullinger M & Kirchberger-Blumstein I (1997) Die deutsche Version des Nottingham Health Profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 42, 175-185.

- Kohn ML (1972) Soziale Klasse und Schizophrenie - ein kritischer Überblick. In: Mv Cranach & A Finzen (Hrsg.) *Sozialpsychiatrische Texte* (S. 177 - 195). Berlin u.a.: Springer.
- Kohn ML (1976) The interaction of social class and other factors in the etiology of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 133 (2), 177-180.
- Koopman JS, Prevots DR, Vaca-Marin MA, Gomez Dantes H et al. (1991) Determinants and predictors of dengue infection in Mexico. *American Journal of Public Health* (133), 1168-1178.
- Krause P & Habich R (2000) Einkommensverteilung und Armut. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) & Zentrum für Umfragen Methoden und Analysen (ZUMA) (Hrsg.) *Datenreport 1999*. Bonn.
- Kreckel R (Hg.) (1983) *Soziale Ungleichheiten* (Sonderband 2). Göttingen: Verlag Otto Schwartz & Co.
- Krohne HW (1990) Streß und Streßbewältigung. In: R Schwarzer (Hg.) *Gesundheitspsychologie* (1. ed., S. 263-277). Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe.
- Kröling P (1985) *Gesundheits- und Befindlichkeitsstörungen in klimatisierten Gebäuden. Vergleichende Untersuchungen zum "building illness" Syndrom*. München: Zuckschwerdt-Verlag.
- Kröling P & Bullinger M (1996) Sick-Building-Syndrom. In: A Beyer & D Eis (Hrsg.) *Praktische Umweltmedizin (Loseblattsammlung)*. Heidelberg: Springer.
- Kunst AE, Groenhof F, Mackenbach JP & Health EW (1998) Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health [see comments]. *BMJ*, 316 (7145), 1636-1642.
- Laubach W, Mundt A & Brähler E (1999) Selbstkonzept, Körperbeschwerden und Gesundheitseinstellung nach Verlust der Arbeit - ein Vergleich zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten anhand einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. In: A Hessel, M Geyer & M Brähler (Hrsg.) *Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psychosozialer Sicht* (S. 75 - 92). Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Laubach W, Schumacher J, Mundt A & Brähler E (2000) Sozialschicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätzung. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 45, 2-12.
- Lazarus RS (1966) *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus RS (1993) Why we should think of stress as a Subset of Emotions. In: L Goldberger & S Breznitz (Hrsg.) *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (2. ed., S. 21-39). New York: Macmillan.
- Leppin A & Schwarzer R (1997) Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: R Schwarzer (Hg.) *Gesundheitspsychologie* (2., überarbeitete und erweiterte ed.). Göttingen/Bern: Hogrefe.
- Lepsius MR (1974) Sozialstruktur und soziale Schichtung in der Bundesrepublik Deutschland. In: R Löwenthal & H-P Schwarz (Hrsg.) *Die zweite Republik. 25 Jahre Bundesrepublik Deutschland - eine Bilanz* (S. 263-288). Stuttgart.
- Lepsius MR (1979) Soziale Ungleichheit und Klassenstruktur in der Bundesrepublik Deutschland. In: KU Wehler (Hg.) *Klassen in der europäischen Sozialgeschichte* (S. 166-209). Göttingen.
- Lüdtke H (1989) *Expressive Ungleichheit. Zur Soziologie der Lebensstile*. Opladen: Leske+Budrich.
- Lynch J & Kaplan G (2000) Socioeconomic Position. In: LF Berkman & I Kawachi (Hrsg.) *Social Epidemiology* (S. 13-35). New York: Oxford University Press.
- Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk E, Cohen RD et al. (1998) Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *Am J Public Health* (88), 1074-1080.
- Mackensen Sv, Morfeld M & Bullinger M. (1997, 27.9. - 2.10.97). *Assessing the sensory and affective components of the SBS: Psychometric Testing Results of a modular Questionnaire. Proceedings Healthy Buildings*. Vortrag auf der Tagung 'IAQ '97', Washington DC, USA.

- Manson-Siddle CJ & Robinson MB (1999) Does increased investment in coronary angiography and revascularisation reduce socioeconomic inequalities in utilisation? *J Epidemiol Community Health*, 53 (9), 572-577.
- Marmot M (1993) Epidemiological approach to the explanation of social differentiation in mortality: The Whitehall Studies. *Sozial- und Präventivmedizin*, 38, 271-279.
- Marmot M, Shipley M & Rose G (1984) Inequalities in death - specific explanations of a general pattern. *The Lancet*, 1, 1003-1006.
- Marmot M & Theorell T (1988) Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. *International Journal of Health Services*, 18, 659-673.
- Marmot MG, Rose G, Shipley M & Hamilton PJS (1978) Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 244-249.
- Marschalck P (1984) *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Mayer KU (1977) Statushierarchie und Heiratsmarkt - empirische Analysen zur Struktur des Schichtungssystems in der Bundesrepublik und zur Ableitung einer Skala des sozialen Status. In: J Handl, KU Mayer & W Müller (Hrsg.) *Klassenslagen und Sozialstruktur* (S. 155-232). Frankfurt/Main: Campus.
- Mayer S & Jencks C (1989) Poverty and the distribution of material hardship. *J Hum Resour* (24), 88-113.
- Mayring P (1994) Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: A Abele & P Becker (Hrsg.) *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (S. 51-70). Weinheim: Juventa.
- McAllister L & Fischer CS (1983) A procedure for surveying personal networks. In: RS Burt & MJ Minor (Hrsg.) *Applied network analysis*. (S. 75-88). London: Sage.
- McKeown T (1982) *Die Bedeutung der Medizin*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- McNair J, Lorr M & Leman F (1971) *The profile of mood states*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.

- Mielck A (2000) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielck A (Hg.) (1994) *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich.
- Mielck A & Bloomfield K (Hrsg.) (2001) *Sozial-Epidemiologie*. Weinheim München: Juventa Verlag.
- Mikl-Horke G (1992) *Soziologie*. München/Wien: Oldenbourg.
- Miller DC (1983) *Handbook of research design and social measurement*. New York: Longman.
- Mollica RF & Milic M (1986) Social Class and psychiatric inpatient care: a twenty-five year perspective. *Social Psychiatry*, 21, 106-112.
- Morfeld M (1997) Zur gesellschaftspolitischen Verantwortung der Umweltmedizin - essayistische Reflexionen aus soziologischer Perspektive. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3. Beiheft, 154-163.
- Morfeld M & Wewel A (2000) Asthma. In: U Ravens-Sieberer & A Cieza (Hrsg.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung* (S. 177-198). Landsberg: ecomed.
- Morris JN, Blane DB & White IR (1996) Levels of mortality, education and social conditions in the 107 local education authority areas of England. *Journal of Epidemiology Community Health* (50), 15-17.
- Morton L, Omar R, Carroll S, Beirne M et al. (2000) Incomplete and inaccurate death certification - the impact on research. *Journal of Public Health Medicine*, 22 (2), 133-137.
- Mueller RO (1996) *Basic Principles of Structural Equation Modeling*. New York Berlin Heidelberg: Springer.
- Mühlhauser I, Overmann H, Bender R, Bott U et al. (1998) Social Status and the quality of care for adult people with Type I (insulin-dependent) diabetes mellitus - a population based study. *Diabetologia*, 41, 1139-1150.

- Muntaner C, Eaton WW, Diala C, Kessler RC et al. (1998) Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social Science & Medicine*, 47, 2043-2053.
- Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM et al. (1991) Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study. *Arch Gen Psychiatry*, 48 (3), 223-229.
- Muthny FA, Bullinger M & Kohlmann T (1999) Variablen und Erhebungsinstrumente in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung - Würdigung und Empfehlungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) *Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften"*. Frankfurt am Main.
- Najman JM (1980) Theories of disease causation and the concept of a general susceptibility: a review. *Social Science & Medicine*, 14a (3), 231-237.
- Najman JM & Levine S (1981) Evaluating The Impact Of Medical Care And Technologies On The Quality Of Life: A Review And Critique. *Social Science & Medicine*, 15F, 107-115.
- Nam CB & Powers MC (1983) *The socioeconomic approach to status measurement: with a guide to occupational and socioeconomic status scores*. Houston: Cap and Gown Press.
- Nam CB & Terrie EW (1983) *Comparing the 1980 Nam-Powers and Duncan SEI occupational scores.*, Florida State University, Tallahassee.
- Nave-Herz R (1998) Familie und Verwandtschaft. In: B Schäfers & W Zapf (Hrsg.) *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Opladen: Leske+Budrich.
- Netzler A (2000) Familien. In: J Allmendinger & W Ludwig-Mayerhofer (Hrsg.) *Soziologie des Sozialstaats*. Weinheim u. München: Juventa.
- Noll H-H (Hg.) (1997) *Sozialberichterstattung in Deutschland*. Weinheim München: Juventa Verlag.
- Noll H-H & Habich R (1990) Individuelle Wohlfahrt: vertikal Ungleichheit oder horizontale Disparitäten? In: PA Berger & S Hradil (Hrsg.) *Lebenslagen Lebensläufe Lebensstile*. Göttingen: Verlag Otto Schwartz&Co.

- Nolte P (2000) *Die Ordnung der deutschen Gesellschaft*. München: C.H. Beck.
- Normenausschuß Ergonomie (1987) *Psychische Belastung und Beanspruchung - DIN Norm Nr. 33 405*. Berlin: Beuth Verlag.
- Nowak H & Becker U (1985) Es kommt der neue Konsument. *Form - Zeitschrift für Gestaltung*, 111, 13-17.
- Oppolzer A (1986) *Wenn Du arm bist, mußt Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit*. Hamburg: VSA.
- Oppolzer A (1994) Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: A Mielck (Hg.) *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich.
- Otte G (1996) Lebensstile versus Klassen - welche Sozialstrukturkonzeption kann die individuelle Parteipräferenz besser erklären? In: W Müller (Hg.) *Soziale Ungleichheit. Neue Befunde zu Strukturen, Bewußtsein und Politik* (S. 303-346). Opladen: Leske+Budrich.
- Pearlin LI & Johnson JS (1977) Marital status, life-strains and depression. *Am Sociol Rev*, 42 (5), 704-715.
- Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG & Mullan JT (1981) The stress process. *J Health Soc Behav*, 22 (4), 337-356.
- Perrez M & Reicherts M (1992) *Stress, Coping, and Health*. Seattle Toronto Bern Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Petersen C, Morfeld M & Bullinger M (2001) Fragebogen über die Folgen eines Schlaganfall. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 284-290.
- Pfaff H (1987) Arbeitssituation und Infarktbewältigung. In: B Badura, G Kaufhold, H Lehmann, H Pfaff, T Schott & M Waltz (Hrsg.) *Leben mit dem Herzinfarkt*. Berlin: Springer.
- Polednak AP (1997) *Segregation, poverty, and mortality in urban African Americans*. New York: Oxford University Press.

- Radoschewski M & Bellach B-M (1999) Der SF-36 im Bundesgesundheitsurvey - Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. *Das Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), S191-S199.
- Ravens-Sieberer U (2000) Lebensqualitätsansätze in der Pädiatrie. In: U Ravens-Sieberer & A Cieza (Hrsg.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung* (S. 277-292). Landsberg: ecomed.
- Ravens-Sieberer U & Cieza A (Hrsg.) (2000) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung*. Landsberg: ecomed.
- Ravens-Sieberer U, Morfeld M, Stein REK, Jessop DJ et al. (2001) Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen) - Testung und Validierung der deutschen Version der "Impact on Family Scale" bei Familien mit behinderten Kindern. *Psychother Psych Med*, 51 (9/10), 384-393.
- Rose G & Marmot M (1981) Social Class and coronary heart disease. *British Heart Journal* (45), 13-19.
- Rotter J (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* (80), 1-28.
- Russel D, Peplau LA & Cutrona CE (1980) The revised UCLA-Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J. Pers. Soc. Psychol.* (39), 472-480.
- Russel D, Peplau LA & Ferguson ML (1978) Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment* (42), 290-294.
- Schäfers B (1981 (3. überar. u. erw. Auflage)) *Sozialstruktur und Wandel der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Scheuch EK (1970) Sozialprestige und soziale Schichtung. In: D Glass & V König (Hrsg.) *Soziale Schichtung und soziale Mobilität (Sonderheft 5 der KZfSS)* (S. 65-103). Köln/Opladen.
- Schnabel P-E (1988) *Krankheit und Sozialisation*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schnabel P-E (2001) *Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.

- Schröder K (1997) Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In: R Schwarzer (Hg.) *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 319-347). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schulz KH, Schulz H, Schulz O & Kerekjato Mv (1998) *Krebspatienten und ihre Familien*. Stuttgart: Schattauer.
- Schulze G (1990) Die Transformation sozialer Milieus in der Bundesrepublik Deutschland. In: PA Berger & S Hradil (Hrsg.) *Lebenslagen Lebensläufe Lebensstile* (S. 409-432). Göttingen: Verlag Otto Schwartz & Co.
- Schulze G (1991) *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt: Campus.
- Schumacher J, Laubach W & Brähler E (1995) Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemografische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4 (1), 17-26.
- Schumacher J & Reschke K (1994) Theoretische Konzepte und empirische Methoden der Bewältigungsforschung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) *Die Norm des Gesundseins - Lebensqualität und Kranksein* (S. 41-73). Frankfurt/Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Schwarzer R (Hg.) (1997) *Gesundheitspsychologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage Aufl.). Göttingen/Bern: Hogrefe.
- Schwarzer R & Leppin A (1988) *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe.
- Schwarzer R & Leppin A (1990) Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: R Schwarzer (Hg.) *Gesundheitspsychologie* (1 ed., S. 395-414). Göttingen: Hogrefe.
- Selye H (1950) *Stress*. Montreal: Acta.
- Siebert U & Kurth T (2000) Lebensqualität als Parameter von medizinischen Entscheidungsanalysen. In: U Ravens-Sieberer & A Cieza (Hrsg.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung* (S. 365-392). Landsberg: ecomed.

- Siegel PM (1971) *Prestige in the American occupational structure.*, University of Chicago, Chicago.
- Siegrist J (1995) *Medizinische Soziologie* (5. Auflage). München Wien Baltimore: Urban&Schwarzenberg.
- Siegrist J (1996) *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist J (1998) Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit - ein soziogenetisches Modell mit differentiellen Erklärungschancen. In: J Margraf, J Siegrist & S Neumer (Hrsg.) *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 225 - 235). Berlin: Berlin.
- Singelmann J (1985) Wirtschaftliche Entwicklung, Beruf und soziale Mobilität. Zum Strukturwandel nachindustrieller Gesellschaften. In: H Strasser & JH Goldthorpe (Hrsg.) *Die Analyse sozialer Ungleichheit: Kontinuität, Erneuerung, Innovation* (S. 129-154). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Smith JP & Kingston RS (1997) Demographic and economic correlates of health in old age. *Demography* (34), 159-170.
- Sperlich S & Mielck A (2000) Entwicklung eines Mehrebenenmodells für die Systematisierung sozialepidemiologischer Erklärungsansätze. In: U Helmert, K Bammann, W Voges & R Müller (Hrsg.) *Müssen Arme früher sterben?* Weinheim, München: Juventa.
- Spilker B (Hg.) (1996) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2000) *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000*.
- Stansfeld SA, Bosma H, Hemingway H & Marmot MG (1998) Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study [see comments]. *Psychosom Med*, 60 (3), 247-255.
- Stansfeld SA, Head J & Marmot MG (1998) Explaining social class differences in depression and well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33 (1), 1-9.

- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) & Zentrum für Umfragen MuAZ (Hrsg.) (2000) *Datenreport 1999*. Bonn.
- Steinkamp G (1993) Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 38, 111-122.
- Steinkamp G (1999) Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. In: W Schlicht & HH Dickhut (Hrsg.) *Gesundheit für alle* (S. 101-154). Stuttgart: Schattauer.
- Stock C & Badura B (1995) Fördern positive Gefühle die physische Gesundheit? - Eine Forschungsnotiz. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3 (1), 74-89.
- Szreter SR (1997) Economic growth, disruption, deprivation, disease, and death: o the importance of politics of public health for development. *Popul Dev Rev* (23), 693-728.
- Tielsch R (1987) Ansatz, Kriterien & Ergebnisse zur Ermittlung subjektiver Belastungen und Beanspruchungen an industriellen Arbeitsplätzen. Fortschrittberichte-VDI, Reihe 17. *Biotechnik* (35).
- Townsend P, Davidson N & Whitehead M (Hrsg.) (1992) *Inequalities in Health: The Black Report and The Health Divide* (Second Edition). London: Penguin Books.
- Townsend P, Phillimore P & Beattie A (1988) *Health and deprivation: inequality in the North*. London: Croom Helm.
- Treiman DJ (1977) *Occupational Prestige in Comparative Perspective*. New York: Academic Press.
- Trojan A & Legewie H (2001) *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung*. Frankfurt/Main: Verlag für akademische Schriften.
- Troutt DD (1993) *The thin red line: how the poor still pay more*. Oakland, CA: Consumers Union.
- U.S. Census Bureau (1963) *Methodology and scores of socioeconomic status*. Washington D.C.: U.S. Census Bureau.

- van der Meer JB & Mackenbach JP (1998) Low education, high GP consultation rates: the effect of psychosocial factors. *J Psychosom Res*, 44 (5), 587-597.
- Vasold M (1999) *Pest, Not und schwere Plagen*. München: Bechtermünz Verlag.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1999) *Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften" - Empfehlungen der Arbeitsgruppen "Generische Methoden", "Routinedaten" und "Reha-Ökonomie"* (Bd. 16). Frankfurt/Main.
- Virchow R (1968) *Die Not im Spessart (1852); Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie (1849)* (Repografischer Nachdruck). Hildesheim: Georg Olms Verlag.
- von Ferber C & Badura B (Hrsg.) (1983) *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe* (3). München Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- von Zerssen D (1976) *Klinische Selbstbeurteilungsskalen: Die Befindlichkeitskala (Bf-S) und die Beschwerdeliste (BL) (Handanweisung)*. Weinheim: Beltz.
- Voß G & Dombrowski G (1998) Berufs- und Qualifikationsstruktur. In: B Schäfers & W Zapf (Hrsg.) *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands* (S. 60-70). Opladen: Leske+Budrich.
- Waltz EM (1983) Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit - ein Überblick über die empirische Literatur. In: B Badura (Hg.) *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit* (S. 40-119). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Waltz EM (1987) Die Bedeutung der Familie für die Bewältigung des Myokardinfarktes. In: B Badura, G Kaufhold, H Lehmann, H Pfaff, T Schott & EM Waltz (Hrsg.) *Leben mit dem Herzinfarkt*. Berlin: Springer.
- Wasem J & Hessel F (2000) Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsökonomie. In: U Ravens-Sieberer & A Cieza (Hrsg.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendung* (S. 319-335). Landsberg: ecomed.
- Waters HR (2000) Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine*, 51 (4), 599-612.
- Weber M (1922 (1. Auflage)) *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: J.C.B. Mohr.

- Weber M & Braun B (2000) Gesundheitspolitische Konsequenzen aus den Forschungsergebnissen zur sozialen Ungleichheit der Gesundheit in Deutschland. In: U Helmert, K Bammann, W Voges & R Müller (Hrsg.) *Müssen Arme früher sterben?* Weinheim München: Juventa Verlag.
- Weich S, Lewis G & Jenkins SP (2001) Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *British Journal of Psychiatry*, 178, 222-227.
- Weiß J, Schneewind KA & Olson DH (1995) Die Bedeutung von Stressoren und Ressourcen für die psychische und physische Gesundheit - ein multisystemischer Ansatz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (3).
- Welin L, Tibblin G, Svardsudd K, Tibblin B et al. (1985) Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923. *Lancet* (1), 915-918.
- WHO (1995) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: E Göpel & U Schneider-Wohlfart (Hrsg.) *Provokationen zur Gesundheit* (S. 279-283). Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Williamson DL (2000) Health behaviours and health: evidence that the relationship is not conditional on income adequacy. *Social Science & Medicine*, 51 (12), 1741-1754.
- Wilson SH & Walker GM (1993) Unemployment and Health: A Review. *Public Health*, 107, 153-162.
- Wing S, Barnett E, Casper M & Tyroler HA (1992) Geographic and socioeconomic variation in the onset of decline of coronary heart disease mortality in white women. *American Journal of Public Health* (82), 204-209.
- Winkler J (1998) Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: W Ahrens, B-M Bellach & K Jöckel (Hrsg.) *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (1/98 ed.). München.
- Winkler J & Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Das Gesundheitswesen*, 61 (2. Sonderheft), S178-S183.

- Wohlfarth T (1997) Socioeconomic inequality and psychopathology: are socioeconomic status and social class interchangeable? *Social Science & Medicine*, 45, 339-410.
- Wolf C (1998) Zur Messung des sozialen Status in epidemiologischen Studien: Ein Vergleich unterschiedlicher Ansätze. In: W Ahrens, B-M Bellach & K Jöckel (Hrsg.) *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (1/98 ed., S. 75-86). München: MMV Münchner Medizin Verlag.
- Wright EO (1985a) *Classes*. London: Verso.
- Wright EO (1985b) Was bedeutet neo und was heißt marxistisch in der neomarxistischen Klassenanalyse? In: H Strasser & JH Goldthorpe (Hrsg.) *Die Analyse sozialer Ungleichheit* (S. 238-266). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wright EO (1994) *Interrogating inequality*. London: Verso.
- Wu ZH & Rudkin L (2000) Social contact, socioeconomic status, and the health status of older Malaysians. *Gerontologist*, 40 (2), 228-234.
- Zapf D (1991) Arbeit und Gesundheit: Realer Zusammenhang oder Methodenartefakt? In: S Greif, E Bamberg & N Semmer (Hrsg.) *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe.
- Zimmer Z & Amornsirisomboon P (2001) Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Social Science & Medicine*, 52 (8), 1297-1311.

6 Sachverzeichnis

| | | |
|--|--|--|
| Alkohol 112, 144, 166 | 174, 176, 181, 184, 186, 189, | 227, 228, 231, 234, 235, 365, 369, 370, 373, 380, 423 |
| Alltagsbewältigung | 191, 192, 194, 195, 196, 200, 206, 214, 216, 219, 220, 226, 231, 243, 260, 265, 270, 272, 274, 280, 282, 295, 364, 365, 367, 369, 370, 371, 372, 373, 376, 383, 391, 392, 394, 395, 397, 401, 406, 410, 411, 418, 432 | Befindlichkeit 2, 3, 9, 11, 64, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 97, 140, 153, 183, 184, 190, 191, 192, 194, 196, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 232, 235, 236, 240, 241, 243, 244, 245, 249, 255, 256, 258, 259, 263, 289, 290, 291, 365, 367, 369, 370, 371, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 390, 391, 397, 398, 445, 449, 450, 451 |
| ADL 171, 175, 280, 283, 284, 286, 298, 299, 302, 308, 312, 354, 356, 381 | | |
| Anforderung 44, 53, 70, 264 | | |
| Angst 77, 85, 87, 118, 132, 143, 147, 175, 236 | | |
| Ängstlichkeit 77, 85, 87, 118, 132, 143, 147, 175, 236 | Arbeitslosigkeit 36, 38, 52, 107, 135, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 159, 401, 408 | |
| Arbeit | | subjektives |
| Beruf 1, 8, 9, 12, 25, 29, 31, 34, 44, 45, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 67, 68, 78, 89, 96, 97, 98, 106, 107, 112, 119, 120, 122, 127, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 147, 148, 149, 153, 160, 166, 169, 171, | Arbeitszufriedenheit 195, 200, 204, 205, 206, 216, 217, 219, 224, 228, 230, 233 | Wohlbefinden 2, 3, 9, 11, 64, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 97, 140, 153, 183, 184, 190, 191, 192, 194, 196, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 232, 235, 236, 240, 241, 243, 244, 245, 249, 255, 256, 258, 259, |
| | Armut 24, 37, 104, 418 | |
| | Asthma 92, 421 | |
| | Beanspruchung 7, 8, 45, 62, 66, 67, 68, 120, 167, 183, 203, 204, 205, 206, 226, | |

Sachverzeichnis

| | | |
|---------------------|---------------------|------------------------|
| 263, 289, 290, | 185, 203, 216, | Berufsprestige 14, |
| 291, 365, 367, | 218, 219, 226, | 17, 20, 22, 26, 29, |
| 369, 370, 371, | 231, 235, 243, | 30, 31, 33, 34, 36, |
| 382, 383, 384, | 246, 248, 250, | 38, 44, 47, 48, 50, |
| 385, 386, 387, | 256, 257, 260, | 80, 111, 120, 125, |
| 390, 391, 397, | 261, 262, 263, | 126, 137, 138, |
| 398, 445, 449, | 285, 289, 296, | 143, 156, 163, |
| 450, 451 | 297, 299, 305, | 177, 184, 206, |
| | 306, 320, 323, | 219, 274, 369, |
| Wohlbefinden 2, 3, | 325, 329, 330, | 372, 383, 414, 427 |
| 9, 11, 64, 80, 82, | 331, 334, 335, | |
| 83, 84, 85, 86, 87, | 336, 338, 340, | Bewältigung 7, 48, 53, |
| 88, 97, 140, 153, | 344, 345, 347, | 70, 71, 72, 73, 74, |
| 183, 184, 190, | 349, 351, 352, | 86, 120, 150, 162, |
| 191, 192, 194, | 353, 357, 358, | 170, 223, 287, 312, |
| 196, 207, 208, | 359, 360, 361, | 330, 358, 369, 374, |
| 209, 211, 212, | 362, 363, 365, | 379, 425, 429 |
| 213, 232, 235, | 369, 370, 380, | |
| 236, 240, 241, | 382, 384, 385, | Bildung |
| 243, 244, 245, | 387, 423, 446, | Bildungsabschluss |
| 249, 255, 256, | 447, 448, 450, | 12, 13, 17, 18, 19, |
| 258, 259, 263, | 452, 453 | 22, 25, 26, 27, 30, |
| 289, 290, 291, | | 33, 35, 37, 38, 39, |
| 365, 367, 369, | Beruf | 40, 41, 48, 111, |
| 370, 371, 382, | | 117, 123, 125, |
| 383, 384, 385, | berufliche Stellung | 156, 174, 177, |
| 386, 387, 390, | 14, 17, 20, 22, 26, | 181, 199, 221, |
| 391, 397, 398, | 29, 30, 31, 33, 34, | 222, 223, 224, |
| 445, 449, 450, 451 | 36, 38, 44, 47, 48, | 225, 226, 227, |
| | 50, 80, 111, 120, | 228, 229, 230, |
| Belastung | 125, 126, 137, | 232, 233, 234, |
| | 138, 143, 156, | 235, 236, 243, |
| Belastungen 7, 8, | 163, 177, 184, | 244, 245, 251, |
| 45, 61, 62, 66, 67, | 206, 219, 274, | 252, 253, 255, |
| 72, 86, 90, 120, | 369, 372, 383, | 256, 257, 258, |
| 129, 130, 132, | 414, 427 | 259, 262, 263, |
| 133, 134, 139, | | 278, 301, 302, |
| 167, 174, 181, | | |

| | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| 303, 304, 305, | Diabetes 80, 110, 113, | Faktorenanalyse 149, |
| 306, 308, 310, | 115, 162, 266, 268, | 179, 237, 243, 245, |
| 311, 312, 313, | 269, 270, 273, 290, | 252, 260, 261, 288, |
| 314, 315, 317, | 366 | 289, 319, 322, 335, |
| 318, 319, 320, | Einkommen | 336, 347, 359, 360, |
| 323, 324, 325, | | 453 |
| 326, 327, 330, | Haushaltsnettoein- | Familie 6, 43, 44, 45, |
| 331, 333, 334, | kommen 6, 7, 12, | 46, 47, 48, 49, 52, |
| 338, 339, 340, | 13, 17, 18, 19, 22, | 53, 60, 65, 72, 96, |
| 341, 342, 343, | 25, 26, 27, 31, 33, | 98, 119, 120, 121, |
| 344, 345, 346, | 35, 36, 37, 38, 39, | 122, 127, 128, 129, |
| 348, 349, 351, | 40, 41, 48, 96, | 130, 133, 134, 138, |
| 352, 353, 354, | 100, 117, 121, | 143, 147, 148, 149, |
| 355, 356, 357, | 122, 125, 156, | 150, 159, 160, 167, |
| 358, 359, 360, | 177, 201, 206, | 184, 197, 198, 214, |
| 361, 362, 363, | 219, 272, 367, | 215, 224, 226, 266, |
| 367, 372, 376, | 368, 372, 375, | 275, 367, 369, 372, |
| 379, 380, 381, | 381, 391 | 383, 393, 401, 402, |
| 383, 385, 386, | | 423, 425, 429 |
| 387, 391, 445, | Einsamkeit 53, 54, 57, | Familienstand 33, 60, |
| 446, 447, 448, | 61, 87, 120, 122, | 106, 128, 139, 196, |
| 450, 451, 452, 453 | 129, 132, 134, 280, | 197, 198, 214, 215, |
| Black Report 99, 100, | 282, 286, 292, 296, | 216, 217, 218, 219, |
| 101, 428 | 299, 300, 306, 311, | 223, 224, 226, 227, |
| Blutdruck | 313, 322, 355, 357, | 233, 234, 235, 243, |
| | 366, 369 | 271, 272, 273, 274, |
| Bluthochdruck 101, | Erschöpfung | 283, 296, 297, 298, |
| 102, 146 | | 299, 303, 304, 306, |
| coping 53, 63, 70, 71, | vitale Erschöpfung | 309, 311, 355 |
| 72, 419 | 62, 68, 69, 195, | Gefühl |
| Depressivität | 203, 204, 205, | |
| | 206, 216, 219, | Gefühlszustand, |
| Depression 159 | 226, 227, 231, | Gefühlszustände |
| | 235, 243, 260, | 56, 57, 76, 77, 86, |
| | 261, 380, 384, | 281 |
| | 390, 449 | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Gesellschaft | Haushaltseinkommen | ngen | 74, 75, 124, 125, 161, 175, 181, 195, 202, 205, 206, 216, 217, 218, 219, 222, 223, 225, 228, 230, 231, 232, 234, 243, 253, 258, 260, 261, 263, 271, 280, 281, 297, 303, 323, 326, 327, 354, 358, 373, 379, 405, 409 |
| Klassengesellschaft | 32, 36, 113, 121, 122, 174, 181, 223, 380 | | |
| 14, 16, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 30, 37, 40, 42, 52, 90, 108, 120, 143, 156, 393, 399, 404, 407, 414, 423, 429, 430 | Inanspruchnahme | 74, 110, 111, 112, 123, 141, 154, 270, 407 | |
| Gesundheitsförderung | Integration | soziale Integration | |
| 6, 11, 23, 47, 81, 166, 182, 364, 373, 374, 391, 392, 425, 430 | 52, 53, 55, 58, 60, 61, 119, 391, 393, 403, 415 | | |
| Gesundheitsökonomie | ISCO | 27, 29, 31, 34, 36, 38, 415 | Krankheitsbelastung |
| gesundheits- ökonomisch | Internationale Standardklassifikation der Berufe | 27, 29, 31, 34, 36, 38, 415 | Krankheits- belastungsskala |
| 403, 405, 413, 416, 417, 421, 424, 426, 430 | Klasse | soziale Klasse, Klassengesellschaft | 45, 68, 69, 280, 283, 284, 286, 287, 297, 298, 305, 310, 321, 322, 327, 331, 333, 335, 336, 338, 344, 345, 347, 348, 349, 351, 352, 353, 355, 357, 358, 359, 360, 361, 366 |
| Gesundheitsverhalten | 106, 119, 155, 402, 410, 417 | | |
| 44, 110, 111, 112, 195, 202, 205, 217, 219, 243, 280, 283, 419, 426 | Kontrollüberzeugung | Gesundheitsbezogene | Krebs |
| Gratifikationskrisen | | Kontrollüberzeugung | Krebserkrankung |
| berufliche Gratifikations- krisen | | | 115, 417 |
| 135, 136, 427 | Haupteffektmodell | 57 | Kritische Lebensereignisse |

| | | | |
|--|--|---|--|
| daily hassles | 65, 159, 409 | 353, 354, 356, 359, 360, 361, 362, 363, 365, 366, 367, 369, 370, 371, 382, 386, 387, 388, 390, 392, 397, 398, 403, 405, 406, 411, 413, 416, 417, 421, 424, 426, 430, 444, 451, 453 | 369, 370, 373, 379, 381, 384, 385, 389, 409, 413, 418, 426, 449, 451 |
| Lage | | | |
| soziale Lage | 17, 18, 19, 21, 24, 40, 48, 51, 74, 78, 104, 106, 113, 125, 126, 167, 174, 262, 280, 281, 284, 287, 364, 367, 369, 386, 394, 401 | | LISREL 178, 179, 180, 181, 236, 238, 239, 410, 450 |
| Lebensqualität | | Lebenssituation 60, 97, 129, 166, 196, 197, 198, 214, 215, 216, 218, 219, 223, 224, 233, 243, 272, 273, 279, 282, 297, 299, 303, 384, 386 | Milieus Lebensstil 13, 19, 20, 21, 23, 39, 123, 367, 425 soziale Milieus 13, 19, 20, 21, 23, 39, 123, 367, 425 |
| gesundheits- bezogene Lebensqualität | 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 76, 77, 79, 80, 82, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 114, 116, 117, 131, 134, 150, 151, 152, 183, 184, 189, 240, 265, 266, 270, 271, 281, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 301, 306, 312, 315, 333, 334, 340, 341, 342, 343, 346, 347, 348, 349, 350, 352, | Lebenszufriedenheit 8, 44, 76, 77, 78, 79, 83, 85, 89, 97, 120, 126, 127, 132, 135, 183, 195, 200, 201, 205, 216, 218, 219, 223, 224, 227, 230, 233, 243, 248, 253, 255, 258, 260, 261, 262, 263, 270, 271, 280, 281, 286, 287, 297, 298, 300, 303, 304, 309, 312, 320, 321, 326, 330, 335, 345, 348, 349, 350, 353, 355, 356, 357, 358, 359, 365, 366, | MONICA 111, 165, 412 |
| | | | Netzwerk Netzwerkanalyse 53, 54, 55, 58, 129, 146, 160, 400, 417 soziales Netzwerk 53, 54, 55, 58, 129, 146, 160, 400, 417 |
| | | | NHP Nottingham Health Profile 93, 94, 95, 271, 289, 291, 292, 293, 294, |

Sachverzeichnis

| | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| 295, 296, 300, | 208, 212, 213, 214, | 170, 171, 174, 175, |
| 307, 308, 311, | 215, 220, 221, 296, | 176, 177, 178, 179, |
| 313, 314, 333, | 301, 378, 380, 444, | 180, 181, 182, 213, |
| 334, 335, 336, | 445, 449, 450 | 216, 217, 218, 219, |
| 337, 338, 340, | | 220, 221, 222, 223, |
| 341, 342, 343, | Psychiatrie | 224, 227, 229, 230, |
| 346, 347, 350, | psychiatrische | 232, 233, 236, 240, |
| 356, 359, 360, | Erkrankungen | 241, 242, 243, 244, |
| 361, 362, 417, | 424 | 245, 246, 247, 248, |
| 448, 451, 453 | | 249, 251, 252, 253, |
| | Psychoneuroimmunolo- | 255, 256, 258, 260, |
| Nikotin | gie 398, 399 | 262, 288, 296, 298, |
| rauchen 146 | | 299, 300, 301, 302, |
| | Psychosomatik 406 | 303, 304, 308, 311, |
| POMS | | 312, 313, 315, 316, |
| Profile of Mood | Puffermodell 57 | 317, 319, 320, 321, |
| States 88, 89, | Regressionsanalyse | 322, 323, 324, 325, |
| 195, 207, 208, | 180, 221, 222, 223, | 326, 327, 328, 329, |
| 209, 211, 216, | 225, 226, 228, 229, | 330, 331, 332, 333, |
| 220, 227, 229, | 231, 232, 233, 234, | 334, 335, 336, 337, |
| 230, 241, 243, | 235, 237, 241, 244, | 339, 340, 343, 344, |
| 244, 261, 262, | 249, 261, 302, 303, | 345, 347, 348, 349, |
| 446, 449 | 305, 306, 311, 314, | 350, 351, 352, 353, |
| | 315, 334, 336, 376, | 354, 355, 356, 357, |
| Prävention 6, 11, 23, | 385, 446, 447, 448 | 358, 359, 360, 361, |
| 108, 166, 182, 191 | | 362, 363, 366, 369, |
| | Rehabilitation 135, | 370, 374, 376, 378, |
| Prestige | 136, 137, 138, 141, | 379, 381, 382, 384, |
| Berufsprestige 6, | 142, 149, 150, 372, | 386, 387, 388, 389, |
| 13, 17, 38, 155, | 403, 406, 407, 410, | 390, 393, 411, 425, |
| 222, 380, 426, 428 | 411 | 430, 446, 447, 448, |
| | Ressourcen 7, 8, 9, | 450, 451, 452, 453 |
| ProKlimA 3, 5, 68, 69, | 44, 45, 47, 53, 54, | Risikoverhalten 102, |
| 89, 186, 187, 188, | 57, 71, 72, 73, 100, | 144 |
| 189, 190, 191, 192, | 120, 149, 158, 160, | Salutogenese 171, |
| 194, 195, 196, 199, | 161, 162, 163, 167, | 176, 400 |

| | | |
|--|---|--|
| Scheuch/Winkler Index 41, 278, 451 | Sozialstaat 393 | Stressoren, Stressreaktionen 8, 45, 53, 62, 63, 64, 65, 70, 120, 128, 148, 159, 161, 167, 170, 171, 369, 370, 400, 401, 407, 411, 424, 426 |
| Schmerz 85, 87, 93, 95, 114, 116, 293 | Sozialstruktur | |
| Schule | Sozialstruktur- analyse 6, 16, 18, 21, 23, 25, 105, 109, 156, 157, 179, 364, 396, 399, 410, 412, 419, 420, 425 | |
| Schulabschluss 6 | | |
| SF-36 | Status | Strukturgleichungs- modell |
| SF-12 88, 89, 93, 94, 95, 114, 115, 117, 152, 195, 208, 211, 212, 220, 227, 229, 230, 244, 371, 403, 406, 413, 416, 424, 427 | Beruflicher Status 17, 20, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 42, 100, 118, 121, 124, 132, 138, 144, 161, 164, 172, 173, 400, 407, 408, 410, 413, 415, 420, 422, 431, 445 | Strukturgleichungs- modelle 242, 264, 318, 320, 324, 332, 333, 334, 335, 336, 347, 452, 453 |
| Soziale Unterstützung 44, 45, 54, 55, 60, 72, 145, 147, 149, 271, 280, 282, 286, 292, 297, 298, 303, 308, 312, 321, 326, 335, 350, 358, 359, 401, 429 | Stimmung 83, 85, 86, 88 | Subsidiarität |
| Sozialisation 44, 45, 47, 68, 166, 396, 425 | Stress 8, 45, 53, 62, 63, 64, 65, 70, 120, 129, 148, 159, 161, 167, 170, 171, 369, 370, 400, 401, 407, 411, 424, 426 | Subsidiaritätsprinzip 393, 394 |
| | | Tätigkeitsanalyse 64 |
| | | Whitehall 35, 101, 103, 114, 118, 152, 167, 371, 413, 420, 427 |

7 Namensverzeichnis

- Abel, T. 114, 343, 362
- Abele, A. 74, 75, 78, 362, 364, 381
- Badura, B. 6, 44, 62, 63, 67, 68, 76, 135, 136, 152, 247, 257, 259, 276, 322, 359, 360, 363, 384, 388, 389
- Beck, U. 11, 16, 17, 42, 43, 110, 364, 383
- Berkman, L. 10, 39, 47, 49, 52, 54, 134, 140, 359, 364, 365, 380
- Bowling, A. 53, 54, 55, 70, 81, 366
- Bullinger, M. 10, 56, 57, 70, 71, 74, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 174, 175, 178, 179, 191, 195, 242, 247, 248, 265, 356, 362, 367, 368, 373, 378, 379, 380, 382, 384
- Bürger, W. 35, 45, 47, 103, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 368
- Dahrendorf, R. 12, 369
- Durkheim, E. 45, 47, 48, 50, 52, 56, 365, 369
- Elkeles, T. 132, 141, 370
- Fahrenberg, J. 69, 70, 116, 370
- Geißler, R. 16, 17, 19, 21, 22, 184, 372
- Greif, S. 57, 58, 60, 372, 391
- Habich, R. 22, 29, 32, 33, 112, 373, 378, 383
- Henrich, G. 71, 72, 76, 121, 180, 374
- Hollingshead, A. 10, 32, 95, 96, 375
- Hradil, S. 12, 13, 17, 18, 20, 22, 116, 364, 365, 375, 376, 383, 386
- Hurrelmann, K. 98, 358, 375
- Kirchberger, I. 80, 84, 85, 179, 191, 247, 265, 367, 377, 378
- Klusmann, D. 6, 51, 52, 53, 54, 362, 377
- Koch, U. 6, 10, 25, 85, 364, 378
- Kohlmann, T. 83, 85, 86, 191, 247, 268, 356, 365, 378, 382
- Lazarus, R. 57, 59, 63, 64, 66, 148, 157, 259, 379
- Leppin, A. 6, 50, 51, 147, 379, 386
- Lynch, J. 31, 33, 380
- Marmot, M. 31, 34, 39, 91, 92, 93, 94, 105, 106, 108, 123, 140, 359, 362, 370, 374, 380, 381, 385, 387, 388
- Marx, K. 14, 15, 45, 142, 366
- Mielck, A. 6, 7, 86, 89, 98, 141, 356, 370,

Namensverzeichnis

| | | |
|---|--|--|
| 372, 373, 376, 381, 384, 387 | Selye, H. 56, 60, 148, 386 | 203, 269, 272, 273, 319, 328, 329, 330, 337, 341, 342, 343, 344, 346, 351, 359, 377, 402 |
| Pearlin, L. 67, 68, 117, 384 | Siegrist, J. 6, 41, 42, 73, 124, 125, 362, 387, 402 | |
| Redlich, F. 10, 32, 95, 96, 375 | Steinkamp, G. 6, 9, 39, 40, 87, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 165, 172, 174, 195, 214, 269, 319, 328, 329, 331, 334, 337, 353, 357, 359, 388, 402, 403, 404 | Waltz, M. 6, 42, 51, 117, 118, 138, 139, 384, 389 |
| Scheuch, K. 3, 34, 35, 36, 37, 38, 99, 103, 183, 184, 251, 252, 253, 254, 274, 275, 276, 277, 278, 320, 332, 385, 398, 400, 404 | | Weber, M. 11, 14, 15, 17, 45, 142, 354, 390 |
| Schnabel, P.-E. 38, 41, 42, 43, 44, 47, 59, 159, 358, 360, 385 | Trojan, A. 10, 388 | Winkler, J. 34, 35, 36, 37, 38, 99, 103, 251, 253, 254, 391, 398, 404 |
| Schulze, G. 12, 18, 20, 35, 386 | von dem Knesebeck, O. 2, 23, 39, 67, 141, 142, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 173, 174, 195, 196, 200, 201, 202, | Wolf, C. 26, 27, 28, 29, 34, 391 |
| Schwarzer, R. 6, 50, 51, 147, 377, 378, 379, 385, 386 | | |

8 Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1 Bildungsabschluss in Kombination mit Ausbildungsabschluss..... | 25 |
| Tabelle 2 Entwicklung der Einkommensbestimmung | 28 |
| Tabelle 3 Übersicht der in den Demografischen Standards erfassten Merkmale und ihre Einsatzbewertung in epidemiologischen Untersuchungen..... | 30 |
| Tabelle 4 Übersicht internationaler und nationaler Sozial-Status Maße auf Einzelitem- und Indizezebene | 32 |
| Tabelle 5 Übersicht der Einzelkomponenten zur Bildung des Schichtindex nach Scheuch u. Winkler..... | 38 |
| Tabelle 6 Zuordnung von Lebenskontexten und darin produzierten salutogenetischen und pathogenetischen Strategien aus personaler Sicht..... | 41 |
| Tabelle 7 Dreidimensionales sphärisches Strukturmodell emotionaler Befindlichkeit. | 77 |
| Tabelle 8 Untersuchungen zum Thema „Soziale Ungleichheit und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen“ | 114 |
| Tabelle 9 Stichproben Kennwerte der GESTALT-Untersuchung (n= 436 (531)) | 160 |
| Tabelle 10 Instrumente und Dimensionen der Gestalt Untersuchung..... | 161 |
| Tabelle 11 Regressionsanalytische Prüfung der Prädiktoren..... | 164 |
| Tabelle 12 Module und Instrumente der Psychologischen Befragung im ProKlimA Projekt - der Fragebogen findet sich im Anhang dargestellt..... | 180 |
| Tabelle 13 Soziodemografische Merkmale der Beschäftigten (n = 4596)..... | 184 |
| Tabelle 14 Basisvariablen und deren Häufigkeitsverteilung zur Konstruktion des Indexes Bildung nach Scheuch (Studie A) | 185 |
| Tabelle 15 Häufigkeitsverteilung der Bildungsvariable nach Scheuch für die ProKlimA Untersuchung..... | 185 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 16 Individuell-arbeitsplatzbezogene Faktoren | 189 |
| Tabelle 17 Verteilungskennwerte der Parameter auf der Meso-Ebene - Studie A.... | 191 |
| Tabelle 18 Übersicht deskriptiver Ergebnisse der Dimensionen der Mikro-Ebene - Studie A | 196 |
| Tabelle 19 Einzeldimensionen und ihre Zuordnung zu individuellen und strukturellen Belastung bzw. Ressourcen - Studie A | 201 |
| Tabelle 20 Übersicht möglicher Zusammenhänge zwischen strukturellen und individuellen Ressourcen und Belastungen..... | 202 |
| Tabelle 21 Kombination unabhängiger Variablen- und Skalenkomplexe | 203 |
| Tabelle 22 Gegenüberstellung der Verteilungen "Allgemeiner Gesundheitszustand" | 204 |
| Tabelle 23 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Ressourcen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand | 205 |
| Tabelle 24 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturellen Ressourcen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand | 207 |
| Tabelle 25 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Belastungen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand | 208 |
| Tabelle 26 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturelle Belastungen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand | 209 |
| Tabelle 27 Verkürzte Darstellung von Einflussprüfungen auf die Subskalen des POMS und der Skala Mental Health | 211 |
| Tabelle 28 Gegenüberstellung der ersten beiden Regressionsschritte von POMS Subskalen und Allgemeinen Gesundheitszustand | 210 |
| Tabelle 29 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Ressourcen – Zielkriterium Beschwerdelast..... | 214 |

| | |
|---|-----|
| Tabelle 30 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturellen Ressourcen – Zielkriterium Beschwerdelast..... | 215 |
| Tabelle 31 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Belastungen – Zielkriterium Beschwerdelast..... | 215 |
| Tabelle 32 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturelle Belastungen – Zielkriterium Beschwerdelast..... | 216 |
| Tabelle 33 Fit-Indizes der strukturanalytischen Prüfung in Studie A..... | 243 |
| Tabelle 34 <i>Rücklaufquote - Studie B</i> | 249 |
| Tabelle 35 Übersicht der in Studie B eingesetzten Verfahren und deren Zuordnung im Kausalmodell | 251 |
| Tabelle 36 Stichprobenbeschreibung nach den wesentlichen soziodemografischen Merkmalen | 254 |
| Tabelle 37 Häufigkeitsverteilung der Bildungsvariable nach Scheuch in Studie B ... | 256 |
| Tabelle 38 Häufigkeitsverteilung der beruflichen Stellung nach Scheuch in Studie B | 257 |
| Tabelle 39 Häufigkeitsverteilung der Variable Familiennettoeinkommen nach Scheuch in Studie B..... | 258 |
| Tabelle 40 Verteilungskennwerte der Parameter auf der Meso-Ebene - Studie B.... | 267 |
| Tabelle 41 Übersicht der deskriptiven Ergebnisse der Dimensionen der Mikro-Ebene - Studie B | 274 |
| Tabelle 42 Einzeldimensionen und ihre Zuordnung zu individuellen und strukturellen Belastung bzw. Ressourcen - Studie B | 277 |
| Tabelle 43 Zusammenhangsanalyse struktureller und individueller Ressourcen und Belastungen - Studie B | 278 |
| Tabelle 44 Gegenüberstellung der Verteilungen "Allgemeiner Gesundheitszustand" | 280 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 45 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Ressourcen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand | 281 |
| Tabelle 46 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturellen Ressourcen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand | 282 |
| Tabelle 47 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, individuelle Belastungen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand | 283 |
| Tabelle 48 Regressionsanalyse Geschlecht, Alter, Bildung, strukturelle Belastungen – Zielkriterium Allgemeiner Gesundheitszustand | 284 |
| Tabelle 49 Darstellung von Einflussprüfungen auf die Subskalen des NHP und des SF-12 | 288 |
| Tabelle 50 Gegenüberstellung der ersten beiden Regressionsschritte der NHP Subskalen Energieverlust, Schmerzen, Emotionale Reaktion und dem Allgemeinen Gesundheitszustand | 286 |
| Tabelle 51 Gegenüberstellung der ersten beiden Regressionsschritte der NHP Subskalen Schlaf, Soziale Isolation, Physische Mobilität und dem Allgemeinen Gesundheitszustand | 286 |
| Tabelle 52 Gegenüberstellung der ersten beiden Regressionsschritte der SF-12 Subskalen und dem Allgemeinen Gesundheitszustand | 286 |
| Tabelle 53 Faktorladungen der manifesten Indikatoren auf die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen..... | 297 |
| Tabelle 54 Direkte standardisierte Effekte der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Ressourcen (SF-12 Körper) | 324 |
| Tabelle 55 Direkte standardisierte Effekte der Indikatoren auf die latente Dimension Belastung (SF-12 Körper) | 324 |
| Tabelle 56 Direkter standardisierter Einfluss der situativen Variablen und sozialer Ungleichheit auf die Dimensionen Ressourcen und Belastungen (SF-12 Körper) | 325 |

9 Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Abbildung 1 Einfaches horizontales Mehrebenenmodell „Soziale Ungleichheit – Ebene psychosozialer Lebenskontexte – Manifestationsebene“ | 8 |
| Abbildung 2 Vier-Faktoren-Ansatz des Subjektiven Wohlbefindens | 79 |
| Abbildung 3 Sozialschichtspezifische Verteilung von Männer und Frauen in den alten und neuen Bundesländern - Bundesgesundheitsurvey 1997/99..... | 99 |
| Abbildung 4 Anforderungs-/Kontroll-Modell beruflicher Belastungen | 125 |
| Abbildung 5 Mehrebenen-Modell über den Zusammenhang von Sozialer Schicht, Krankheit und Lebenserwartung (ohne Rückwirkungsschleifen) – nach Steinkamp | 145 |
| Abbildung 6 Strukturmodell der subjektiven Gesundheit nach v. d. Knesebeck | 165 |
| Abbildung 7 Mediator- und Moderatorvariablen in ihrer Relation zu Einfluss- und Zielgrößen im ProKlimA Projekt..... | 171 |
| Abbildung 8 Modifizierung des hypothetischen Wirkungsgefüges aus der ProKlimA Studie | 172 |
| Abbildung 9 Lebenszufriedenheit (Häufigkeitsverteilung) - MZP1 | 187 |
| Abbildung 10 Wichtigkeit der Lebensbedingungen (Häufigkeitsverteilung) - MZP1.. | 187 |
| Abbildung 11 Arbeitsbezogene und vitale Erschöpfung (Häufigkeitsverteilung) - MZP1 | 190 |
| Abbildung 12 Gesundheitszustand (Häufigkeitsverteilung in %) - Studie A | 193 |
| Abbildung 13 Psychische Indikatoren (POMS Subskalen) der Befindlichkeit (Mittelwerte) - Studie A | 194 |
| Abbildung 14 Beschwerden (Häufigkeitsverteilung) - Studie A | 195 |
| Abbildung 15 Erkrankungen (Häufigkeitsverteilung) - Studie A..... | 195 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 16 Steinkamp nachempfundenes Abhängigkeitsgeflecht der ProKlimA Untersuchung..... | 198 |
| Abbildung 17 Parameter eines Strukturgleichungsmodells nach der LISREL-Terminologie | 219 |
| Abbildung 18 Strukturmodell subjektiver Gesundheit mit Ressourcen und Belastungen (Studie A)..... | 222 |
| Abbildung 19 Darstellung standardisierter Pfadkoeffizienten – direkter Einfluss der situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie Bildung auf Gesundheitszustand, Befindlichkeit und Beschwerdelast | 225 |
| Abbildung 20 Faktorladungswerte der manifesten Belastungsindikatoren auf die neue Dimension Belastung..... | 226 |
| Abbildung 21 Faktorladungswerte der manifesten Belastungsindikatoren auf die neue (andere) Dimension Ressourcen..... | 227 |
| Abbildung 22 Faktorladungswerte der manifesten Ressourcenindikatoren auf die neue Dimension Ressourcen..... | 228 |
| Abbildung 23 Faktorladungswerte der manifesten Ressourcenindikatoren auf die neue (andere) Dimension Belastungen | 229 |
| Abbildung 24 Direkte standardisierte Effekte (std. β) der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Belastung | 230 |
| Abbildung 25 Direkte standardisierte Effekte (std. β) der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Ressourcen..... | 230 |
| Abbildung 26 Direkte standardisierte Effekte der situativen Variablen Alter, Geschlecht und Bildung auf die latente Dimension Belastungen (dargestellt std. β für Bildung) | 231 |
| Abbildung 27 Direkte standardisierte Effekte der situativen Variablen Alter, Geschlecht und Bildung auf die latente Dimension Ressourcen (dargestellt std. β für Bildung) | 232 |

| | |
|--|-----|
| Abbildung 28 Direkte standardisierte Effekte der Bildungsvariable auf die manifesten Indikatoren der Belastungsdimension..... | 233 |
| Abbildung 29 Direkte standardisierte Effekte der Bildungsvariable auf die manifesten Indikatoren der Ressourcen..... | 234 |
| Abbildung 30 Direkte standardisierte Effekte der Dimensionen Belastungen und Ressourcen auf den Allgemeinen Gesundheitszustand, die Befindlichkeit und die Beschwerdelast..... | 235 |
| Abbildung 31 Indirekte standardisierte Effekte der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Belastungsdimension..... | 236 |
| Abbildung 32 Indirekte standardisierte Effekte der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Ressourcendimension | 237 |
| Abbildung 33 Indirekte standardisierte Effekte der Bildung auf die Zieldimensionen Allgemeiner Gesundheitszustand, Befindlichkeit und Beschwerdelast..... | 238 |
| Abbildung 34 Standardisierte Effekte im Pfadmodell Studie A - Zielkriterium Subjektive Gesundheit..... | 243 |
| Abbildung 35 Scheuch/Winkler Index in Studie B - Häufigkeitsverteilung in %..... | 259 |
| Abbildung 36 Vergleich der Bildungsabschlüsse in Studie A und B - Häufigkeitsverteilung in % | 260 |
| Abbildung 37 Aspekte der Lebenszufriedenheit - Studie B | 262 |
| Abbildung 38 Häufigkeitsverteilung (in %) weiterer chronischer Erkrankungen - Studie B..... | 266 |
| Abbildung 39 Summenskalenwerte (Mittelwert) des SF-12 für die untersuchte Stichprobe..... | 271 |
| Abbildung 40 Subskalenwerte (Mittelwert, Standardmessfehler) des NHP - Studie B | 272 |
| Abbildung 41 Allgemeiner Gesundheitszustand (Häufigkeitsverteilung in %) - Studie B | 273 |

| | |
|--|-----|
| Abbildung 42 Steinkamp nachempfundenes Abhängigkeitsgeflecht der Studie zur Lebensqualität chronisch kranker Menschen in Hamburg | 275 |
| Abbildung 43 Strukturmodell subjektiver Gesundheit mit Ressourcen und Belastungen (Studie B)..... | 293 |
| Abbildung 44 Strukturgleichungsmodell der direkten standardisierten Einflüsse von Alter, Geschlecht und Bildung auf die subjektive Gesundheit..... | 294 |
| Abbildung 45 Darstellung standardisierter Pfadkoeffizienten - direkter Einfluss der situativen Variablen Alter und Geschlecht sowie Bildung auf die subjektive Gesundheit..... | 295 |
| Abbildung 46 Faktoren Belastung und Ressourcen im Strukturgleichungsmodell.... | 296 |
| Abbildung 47 Beitrag der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Ressourcen (std. Pfadkoeffizienten)..... | 297 |
| Abbildung 48 Beitrag der manifesten Indikatoren auf die latente Dimension Ressourcen (std. Pfadkoeffizienten)..... | 298 |
| Abbildung 49 Strukturgleichungsmodell der spezifischen Einflüsse von Alter, Geschlecht und Bildung auf die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen..... | 299 |
| Abbildung 50 Beitrag der situativen Indikatoren auf die latenten Dimensionen Ressourcen und Belastung..... | 300 |
| Abbildung 51 Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Indikatoren der latenten Dimension Ressourcen..... | 301 |
| Abbildung 52 Direkter standardisierter Einfluss der Bildung auf die Indikatoren der Ressourcendimension | 302 |
| Abbildung 53 Wirkung der latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die subjektive Gesundheit | 303 |
| Abbildung 54 Direkter Einfluss der Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand..... | 304 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 55 Visualisierung standardisierter indirekter Effekte von Bildung auf die Indikatoren der Ressourcendimension | 305 |
| Abbildung 56 Indirekter Einfluss sozialer Ungleichheit auf die subjektive Gesundheit über Ressourcen und Belastungen | 307 |
| Abbildung 57 Konfirmatorische Faktorenanalyse im Strukturgleichungsmodell für die Skalen Soziale Isolation und Emotionale Rollenfunktion - NHP..... | 309 |
| Abbildung 58 Konfirmatorische Faktorenanalyse im Strukturgleichungsmodell für die Skalen Physische Mobilität und Energieverlust - NHP | 310 |
| Abbildung 59 Standardisierte Pfadkoeffizienten des Gesamtmodells für die manifesten Indikatoren der latenten Dimension Ressourcen für vier Subskalen des NHP .. | 311 |
| Abbildung 60 Standardisierte Pfadkoeffizienten des Gesamtmodells für die manifesten Indikatoren der latenten Dimension Belastung für vier Subskalen des NHP | 312 |
| Abbildung 61 Direkte standardisierte Effekte von Alter, Geschlecht und Bildung auf die latente Dimension Ressourcen..... | 313 |
| Abbildung 62 Direkte standardisierte Effekte von Alter, Geschlecht und Bildung auf die latente Dimension Belastung..... | 314 |
| Abbildung 63 Standardisierte Pfadkoeffizienten der Einflüsse der situativen Variablen und Bildung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität | 315 |
| Abbildung 64 Direkter standardisierter Einfluss der Bildung auf die manifesten Indikatoren der Ressourcendimension (NHP Skalen) | 316 |
| Abbildung 65 Direkter standardisierter Einfluss der latenten Dimensionen Ressourcen und Belastungen auf die gesundheitsbezogenen Lebensqualität..... | 317 |
| Abbildung 66 Indirekte Effekte sozialer Ungleichheit auf manifeste Indikatoren der Ressourcen Dimension..... | 319 |
| Abbildung 67 Indirekter standardisierter Einfluss der Bildung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (NHP) | 320 |

| | |
|--|-----|
| Abbildung 68 Konfirmatorische Faktorenanalyse im Strukturgleichungsmodell für die Skalen SF-12 Körper und SF-12 Psyche | 321 |
| Abbildung 69 Standardisierte Effekte im Pfadmodell Studie B - Zielkriterium Subjektive Gesundheit..... | 330 |

10 Anhang

10.1 Fragebogen der ProKlimA Untersuchung (Studie A)

Meßzeitpunkt |__| Gebäudenr. |__|__| Gebäudeteil |__| Stock|__|__| Raumnr. |__|__| Arbeitspl.nr. |__|__|
Pbnnr. |__|__|__|

BEFINDEN AM ARBEITSPLATZ

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter,

wie bereits angekündigt führen wir in Ihrem Hause eine Untersuchung der Bedingungen im Umfeld Ihres Arbeitsplatzes durch. In dem beiliegenden Fragebogen geht es um Ihr Befinden und wie Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz fühlen.

Sie finden darin Fragen zu den Bereichen körperliche Empfindungen, Raumklima, Befinden, Arbeit, Gesundheit, Person und Tätigkeit.

Ihre Antworten auf diese Fragen sind wichtig für ein besseres Verständnis der förderlichen bzw. abträglichen Bedingungen in der Arbeitswelt im allgemeinen und speziell hier in Ihrem Hause.

Bitte beantworten Sie im Fragebogen jede Frage, indem Sie entweder entsprechende Angaben eintragen oder auf eine Frage hin diejenige Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte achten Sie darauf, daß Sie alle Fragen beantworten, d.h. immer bei jeder Frage ein Kreuz in das am besten passende Kästchen machen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten; nur Ihre persönliche Beurteilung zählt. Im Fragebogen werden manchmal ähnliche Fragen mit unterschiedlichem Wortlaut gestellt. Dies sind keine Wiederholungen, sondern Versuche, eine Frage von verschiedenen zeitlichen und inhaltlichen Perspektiven zu beleuchten. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Projektmitarbeiter, die Ihnen den Fragebogen ausgeteilt haben.

Für das Ausfüllen des Fragebogens werden Sie ca. 20 Minuten benötigen. Geben Sie den Bogen bitte gleich nach der Beantwortung, spätestens aber beim Verlassen des Hauses bei den Projektmitarbeitern ab. Kleben Sie bitte eine der beiliegenden Etikett-Nummern auf den Fragebogen. Heben Sie bitte alle Nummern auf - und kleben Sie je eine Nummer auf die dafür vorgesehenen Felder (vgl. rechts unten).

Wir hoffen, daß wir durch Ihre Teilnahme an der Umfrage eine gründliche Bestandsaufnahme der Arbeitsumgebung und deren Wirkung aus Ihrer Sicht zur Diskussion stellen können, aus der sich praktikable Wege für Veränderungen ergeben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Monika Bullinger

Sylvia v. Mackensen

**HIER BITTE
NUMMER
AUFKLEBEN**

KÖRPERLICHE EMPFINDUNGEN

Haben Sie gerade jetzt während der Arbeit folgende körperliche Empfindungen?

| A. Augen | | | | | | B. Nase | | | | | |
|--|----------------------|------------------|------------------|---------------------|-----------------|--|----------------------|------------------|------------------|---------------------|-----------------|
| Sind Ihre Augen... | nicht vor- handen | nicht störend | vorhanden | | | Ist Ihre Nase... | nicht vor- handen | nicht störend | vorhanden | | |
| | O ₁ | O ₂ | etwas störend | ziemlich störend | Sehr störend | | O ₁ | O ₂ | etwas störend | ziemlich störend | sehr störend |
| 1. Gereizt | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ | 1. Trocken | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ |
| 2. Gerötet | O | O | O | O | O | 2. Gereizt | O | O | O | O | O |
| 3. Juckend | O | O | O | O | O | 3. Laufend | O | O | O | O | O |
| 4. Brennend | O | O | O | O | O | 4. Verstopft | O | O | O | O | O |
| 5. Entzündet | O | O | O | O | O | 5. Juckend | O | O | O | O | O |
| 6. Tränend | O | O | O | O | O | 6. Schmerzend | O | O | O | O | O |
| 7. Geschwollen | O | O | O | O | O | 7. Wund | O | O | O | O | O |
| 8. Schmerzend | O | O | O | O | O | 8. Gerötet | O | O | O | O | O |
| 9. Trocken | O | O | O | O | O | 9. Niesreiz | O | O | O | O | O |
| 10. Verschwommenes Sehen | O | O | O | O | O | 10. Stirnhöhlenprobleme | O | O | O | O | O |
| 11. Schwere Lider | O | O | O | O | O | 11. Probleme beim Atmen | O | O | O | O | O |
| 12. Gehen die Empfindungen nach Verlassen des Gebäudes zurück? | | Ja | O ₁ | Nein | O ₂ | 12. Gehen die Empfindungen nach Verlassen des Gebäudes zurück? | | Ja | O ₁ | Nein | O ₂ |
| C. Haut | | | | | | D. Mund | | | | | |
| 1. Rauhe Haut | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ | 1. Rissige Lippen | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ |
| 2. Gereizte Haut | O | O | O | O | O | 2. Trockene Lippen | O | O | O | O | O |
| 3. Trockene Haut | O | O | O | O | O | 3. Trockener Mund | O | O | O | O | O |
| 4. Gerötete Haut | O | O | O | O | O | 4. Fremdgeschmack | O | O | O | O | O |
| 5. Juckende Haut | O | O | O | O | O | 5. Geschwollene Zunge | O | O | O | O | O |
| 6. Schuppige Haut | O | O | O | O | O | 6. Schluckbeschwerden | O | O | O | O | O |
| 7. Hautausschlag | O | O | O | O | O | 7. Durst | O | O | O | O | O |
| 8. Pickel | O | O | O | O | O | 8. Entzündungen, Bläschen | O | O | O | O | O |
| 9. Brüchige Fingernägel | O | O | O | O | O | 9. Gehen die Empfindungen nach Verlassen des Gebäudes zurück? | | Ja | O ₁ | Nein | O ₂ |
| 10. Gehen die Empfindungen nach Verlassen des Gebäudes zurück? | | Ja | O ₁ | Nein | O ₂ | | | | | | |
| E. Hals | | | | | | F. Allgemein | | | | | |
| 1. Kratzig | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ | 1. Kopfschmerzen | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ |
| 2. Wund | O | O | O | O | O | 2. Kreislaufstörungen | O | O | O | O | O |
| 3. Trocken | O | O | O | O | O | 3. Frösteln | O | O | O | O | O |
| 4. Gereizt | O | O | O | O | O | 4. Konzentrationsprobleme | O | O | O | O | O |
| 5. Schmerzend | O | O | O | O | O | 5. Erkältungsbeschwerden | O | O | O | O | O |
| 6. Heiserkeit | O | O | O | O | O | 6. Abgeschlagenheit | O | O | O | O | O |
| 7. Räuspern | O | O | O | O | O | 7. Rückenschmerzen | O | O | O | O | O |
| 8. Hustenreiz | O | O | O | O | O | 8. Benommenheit | O | O | O | O | O |
| 9. Husten | O | O | O | O | O | 9. Energielosigkeit | O | O | O | O | O |
| 10. Verschleimt | O | O | O | O | O | 10. Engegefühl in der Brust | O | O | O | O | O |
| 11. Gehen die Empfindungen nach Verlassen des Gebäudes zurück? | | Ja | O ₁ | Nein | O ₂ | 11. Gehen die Empfindungen nach Verlassen des Gebäudes zurück? | | Ja | O ₁ | Nein | O ₂ |

Wie häufig während des Aufenthalts im Gebäude treten diese Empfindungen auf?

Täglich O₁ Mehrmals / Woche O₂ Mehrmals / Monat O₃ Mehrmals / Jahr O₄ Seltener O₅ Nie O₆
 Ja O₁ Nein O₂

Haben Sie gerade eine akute Erkrankung?

Wenn ja, welche? _____

RAUMKLIMA

I. Wie beurteilen Sie gerade jetzt das Raumklima an Ihrem Arbeitsplatz?

Bitte in jeder Zeile zwischen der rechten und der linken Beschreibung Zutreffendes ankreuzen.

| | sehr | eher | weder noch | eher | sehr | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. gut ausgeleuchtet | <input type="radio"/> O ₁ | <input type="radio"/> O ₂ | <input type="radio"/> O ₃ | <input type="radio"/> O ₄ | <input type="radio"/> O ₅ | schlecht ausgeleuchtet |
| 2. warm | <input type="radio"/> | kalt |
| 3. unangenehme Gerüche | <input type="radio"/> | angenehme Gerüche |
| 4. laut | <input type="radio"/> | leise |
| 5. trockene Luft | <input type="radio"/> | feuchte Luft |
| 6. viele störende Geräusche | <input type="radio"/> | wenig störende Geräusche |
| 7. hell | <input type="radio"/> | dunkel |
| 8. unbehagliche Temperatur | <input type="radio"/> | behagliche Temperatur |
| 9. frische Luft | <input type="radio"/> | verbrauchte Luft |
| 10. blendendes Licht | <input type="radio"/> | arbeitsgerechtes Licht |
| 11. wohriechend | <input type="radio"/> | übelriechend |
| 12. schwankende Temperatur | <input type="radio"/> | gleichförmige Temperatur |
| 13. starke Luftbewegung (Zugluft) | <input type="radio"/> | schwache Luftbewegung (stickig) |
| 14. hohe Geruchsbelastung | <input type="radio"/> | geringe Geruchsbelastung |
| 15. geringe Schalldämpfung | <input type="radio"/> | hohe Schalldämpfung |
| 16. insgesamt ... schlecht | <input type="radio"/> | insgesamt ... gut |
| 17. Können Sie auf die Raumtemperatur Einfluß nehmen? | | | | | | Ja <input type="radio"/> O ₁ Nein <input type="radio"/> O ₂ |
| 18. Können Sie auf die Luftbewegung (z.B. Zugluft) Einfluß nehmen? | | | | | | Ja <input type="radio"/> O ₁ Nein <input type="radio"/> O ₂ |
| 19. Können Sie auf die Lichtverhältnisse Einfluß nehmen? | | | | | | Ja <input type="radio"/> O ₁ Nein <input type="radio"/> O ₂ |
| 20. Wünschen Sie selbst direkten Einfluß auf das Raumklima? | | | | | | Ja <input type="radio"/> O ₁ Nein <input type="radio"/> O ₂ |
| 21. Halten Sie das Raumklima für verbesserungswürdig? | | | | | | Ja <input type="radio"/> O ₁ Nein <input type="radio"/> O ₂ |
| 22. Wenn ja, inwiefern? _____ | | | | | | |
| 23. Halten Sie das Raumklima für gesundheitsabträglich? | | | | | | Ja <input type="radio"/> O ₁ Nein <input type="radio"/> O ₂ |
| 24. Ändert sich das Raumklima im Lauf des Tages? | | | | | | Ja <input type="radio"/> O ₁ Nein <input type="radio"/> O ₂ |
| 25. Wenn ja, inwiefern? _____ | | | | | | |

II. Bitte kreuzen Sie für jeden Punkt an, wie wichtig er für Ihr Wohlbefinden ist und wie zufrieden Sie derzeit damit sind. Denken Sie an die letzten vier Wochen.

| | nicht wichtig | etwas wichtig | ziemlich wichtig | sehr wichtig | extrem wichtig | unzufrieden | eher unzufrieden | eher zufrieden | ziemlich zufrieden | sehr zufrieden |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Beleuchtungsverhältnisse | <input type="radio"/> O ₁ | <input type="radio"/> O ₂ | <input type="radio"/> O ₃ | <input type="radio"/> O ₄ | <input type="radio"/> O ₅ | <input type="radio"/> O ₁ | <input type="radio"/> O ₂ | <input type="radio"/> O ₃ | <input type="radio"/> O ₄ | <input type="radio"/> O ₅ |
| 2. Luftfeuchtigkeit | <input type="radio"/> |
| 3. Be- und Entlüftung | <input type="radio"/> |
| 4. Raumtemperatur | <input type="radio"/> |
| 5. Geräuschpegel | <input type="radio"/> |
| 6. Luftbewegung | <input type="radio"/> |
| 7. Geruchsbelastung | <input type="radio"/> |
| 8. Wenn vorhanden: Klimaanlage | <input type="radio"/> |

BEFINDEN

I. Wie fühlen Sie sich heute während der Arbeit?

| | gar nicht | etwas | ziemlich | stark | sehr stark | | gar nicht | etwas | ziemlich | stark | sehr stark |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1. Lebhaft | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ | 16. Munter | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ |
| 2. Gereizt | o | o | o | o | o | 17. Verärgert | o | o | o | o | o |
| 3. Abgeschlafft | o | o | o | o | o | 18. Ermattet | o | o | o | o | o |
| 4. Zornig | o | o | o | o | o | 19. Schwungvoll | o | o | o | o | o |
| 5. Lustlos | o | o | o | o | o | 20. Schlecht gelaunt | o | o | o | o | o |
| 6. Aktiv | o | o | o | o | o | 21. Verlangsamt | o | o | o | o | o |
| 7. Verdrießlich | o | o | o | o | o | 22. Tatkräftig | o | o | o | o | o |
| 8. Müde | o | o | o | o | o | 23. Benebelt | o | o | o | o | o |
| 9. Energisch | o | o | o | o | o | 24. Wütend | o | o | o | o | o |
| 10. Erschöpft | o | o | o | o | o | 25. Entkräftet | o | o | o | o | o |
| 11. Fröhlich | o | o | o | o | o | 26. Benommen | o | o | o | o | o |
| 12. Überreizt | o | o | o | o | o | 27. Zufrieden | o | o | o | o | o |
| 13. Glücklich | o | o | o | o | o | 28. Ruhig und gelassen | o | o | o | o | o |
| 14. Träge | o | o | o | o | o | 29. Sehr nervös | o | o | o | o | o |
| 15. Entmutigt und traurig | o | o | o | o | o | 30. So niedergeschlagen, daß mich nichts aufheitern konnte | o | o | o | o | o |

II. Gab es heute irgendwelche Ereignisse, die sich auf Ihr Befinden positiv oder negativ ausgewirkt haben?

Nein O₁ Ja, positiv O₂ Ja, negativ O₃

III. Nun geht es darum, wie Sie sich im Allgemeinen Fühlen. Denken Sie an die letzten vier Wochen.

Wie oft kommt es vor, daß...

| | nie | selten | oft | immer |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1. Ihnen die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf geht, so daß Sie noch Stunden daran denken? | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ |
| 2. Sie sich am Feierabend müde, erschöpft fühlen? | o | o | o | o |
| 3. Sie sich am Feierabend unbefriedigt oder bedrückt fühlen? | o | o | o | o |
| 4. Sie am Feierabend das Bedürfnis haben, früh zu Bett zu gehen und zu schlafen? | o | o | o | o |
| 5. Sie sich völlig erschöpft fühlen? | o | o | o | o |
| 6. Sie lustloser als früher sind? | o | o | o | o |
| 7. Sie niedergeschlagen und traurig sind? | o | o | o | o |
| 8. Sie sich unruhig und angespannt fühlen? | o | o | o | o |
| 9. Sie weniger zufrieden mit sich selbst sind? | o | o | o | o |
| 10. Ihnen die Zukunft immer unsicherer erscheint? | o | o | o | o |

ARBEIT

I. Bitte kreuzen Sie an, wie es Ihnen heute bei der Arbeit geht:

| | stimmt | stimmt nicht |
|--|----------------|----------------|
| 1. Meine Arbeit macht mir gegenwärtig Freude. | O ₁ | O ₂ |
| 2. Vor Müdigkeit fällt mir im Moment das Denken schwer. | O | O |
| 3. Augenblicklich wäre mir ein Wechsel des Arbeitstempos sehr angenehm. | O | O |
| 4. Momentan verspüre ich bei meiner Arbeit leicht Unlust. | O | O |
| 5. Augenblicklich wünsche ich mir keine andere Arbeit. | O | O |
| 6. Gegenwärtig komme ich mit meiner Arbeit ganz gut voran. | O | O |
| 7. Augenblicklich regen mich schon Kleinigkeiten bei der Arbeit auf. | O | O |
| 8. Ich habe zur Zeit viel Interesse an meiner Arbeit. | O | O |
| 9. Momentan habe ich meine Arbeit satt. | O | O |
| 10. Momentan setze ich mich gern für meine Arbeit ein. | O | O |
| 11. Im Moment habe ich Mühe, mich zu meiner Arbeit aufzuraffen. | O | O |
| 12. Augenblicklich finde ich meine Arbeit sehr angenehm. | O | O |
| 13. Augenblicklich muß ich mich sehr anstrengen, um nicht die Lust an der Arbeit zu verlieren. | O | O |

II. Bitte kreuzen Sie für jeden Punkt an, wie wichtig er für Ihr Wohlbefinden ist und wie zufrieden Sie damit sind. Denken Sie an die letzten 4 Wochen.

| | nicht wichtig | etwas wichtig | ziemlich wichtig | sehr wichtig | extrem wichtig | unzufrieden | eher unzufrieden | eher zufrieden | ziemlich zufrieden | sehr zufrieden |
|--|------------------|------------------|---------------------|-----------------|-------------------|----------------|---------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
| 1. Umgebungsbedingungen am Arbeitsplatz | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ |
| 2. Sicherheit und Unfallschutz am Arbeitsplatz | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 3. Lohn-/Gehaltshöhe | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 4. Aufstiegsmöglichkeiten im Betrieb | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 5. Sicherung meines Arbeitsplatzes | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 6. Verhältnis zu Kollegen | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 7. Verhältnis zu den Vorgesetzten | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 8. Selbständigkeit bei der Arbeit | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 9. Arbeitstätigkeit selbst | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 10. Ausreichend Platz | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 11. Individuelle Gestaltung des Arbeitsplatzes | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 12. Möglichkeit sich zurückzuziehen | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 13. Sauberkeit im Büro | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 14. Möblierung am Arbeitsplatz | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |

| |
|--------------------------|
| GESUNDHEITZUSTAND |
|--------------------------|

I. Leiden Sie unter folgenden Beschwerden:

| | | <i>gar nicht</i> | <i>kaum</i> | <i>mäßig</i> | <i>stark</i> | | | <i>gar nicht</i> | <i>kaum</i> | <i>mäßig</i> | <i>stark</i> |
|---|----------------|------------------|----------------|----------------|--------------|--|----------------|------------------|----------------|----------------|--------------|
| | 0 ₁ | 0 ₂ | 0 ₃ | 0 ₄ | | | 0 ₁ | 0 ₂ | 0 ₃ | 0 ₄ | |
| 1. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals | 0 | 0 | 0 | 0 | | 13. Kreuz- oder Rückenschmerzen | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2. Kurzatmigkeit | 0 | 0 | 0 | 0 | | 14. Innere Unruhe | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 3. Schwächegefühl | 0 | 0 | 0 | 0 | | 15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 4. Schluckbeschwerden | 0 | 0 | 0 | 0 | | 16. Unruhe in den Beinen | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust | 0 | 0 | 0 | 0 | | 17. Überempfindlichkeit gegen Wärme | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6. Druck- oder Völlegefühl im Leib | 0 | 0 | 0 | 0 | | 18. Überempfindlichkeit gegen Kälte | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 7. Müdigkeit | 0 | 0 | 0 | 0 | | 19. Übermäßiges Schlafbedürfnis | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 8. Übelkeit | 0 | 0 | 0 | 0 | | 20. Schlaflosigkeit | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen | 0 | 0 | 0 | 0 | | 21. Schwindelgefühl | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 10. Reizbarkeit | 0 | 0 | 0 | 0 | | 22. Zittern | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 11. Grübelei | 0 | 0 | 0 | 0 | | 23. Nacken- und Schulterschmerzen | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 12. Starkes Schwitzen | 0 | 0 | 0 | 0 | | 24. Gewichtsabnahme | 0 | 0 | 0 | 0 | |

II. Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

| | | Ja | Nein | | | Ja | Nein |
|-------------------------|----------------|----------------|------|-----------------------------------|----------------|----------------|------|
| | 0 ₁ | 0 ₂ | | | 0 ₁ | 0 ₂ | |
| 1. Heuschnupfen | 0 | 0 | | 9. Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen | 0 | 0 | |
| 2. allergisches Asthma | 0 | 0 | | 10. Magen-Darm-Erkrankungen | 0 | 0 | |
| 3. Ekzem/Hautallergie | 0 | 0 | | 11. Leber-/Gallenerkrankungen | 0 | 0 | |
| 4. Chronische Schmerzen | 0 | 0 | | 12. Nieren-Blasen-Erkrankungen | 0 | 0 | |
| 5. Kreislaufstörungen | 0 | 0 | | 13. Gelenk-/rheumat. Erkrankungen | 0 | 0 | |
| 6. Herzerkrankungen | 0 | 0 | | 14. Hauterkrankungen | 0 | 0 | |
| 7. Gefäßerkrankungen | 0 | 0 | | 15. Diabetes (Zuckerkrankheit) | 0 | 0 | |
| 8. Atemwegserkrankungen | 0 | 0 | | 16. Sonstige Erkrankungen _____ | | | |

III. Waren Sie in den vergangenen 3 Monaten so krank, daß Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?

Nein 0₁ Ja 0₂ Wenn ja, an wievielen Tagen? ca. | | Tage

IV. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet 0₁ Sehr gut 0₂ Gut 0₃ Weniger gut 0₄ Schlecht 0₅

V. Wie würde Sie Ihre momentane sportliche Fitneß beschreiben?

Ausgezeichnet 0₁ Sehr gut 0₂ Gut 0₃ Weniger gut 0₄ Schlecht 0₅

PERSON

I. Bitte lesen Sie jede der folgenden Feststellungen durch und kreuzen Sie an, ob Sie diese aus Ihrer Sicht für richtig oder falsch halten.

| | sehr richtig | richtig | eher richtig | eher falsch | falsch | sehr falsch |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ | O ₆ |
| 1. Wenn man auf sich aufpaßt, kann man viele Krankheiten vermeiden. | <input type="radio"/> |
| 2. Wenn man krank ist, kann man selbst nicht viel dagegen tun. | <input type="radio"/> |
| 3. Schlechte Gesundheit ist oft auf Sorglosigkeit zurückzuführen. | <input type="radio"/> |
| 4. Man kann eigentlich nur wenig tun, um Krankheiten vorzubeugen. | <input type="radio"/> |
| 5. Gute Gesundheit ist zum Großteil Glückssache. | <input type="radio"/> |
| 6. Immer wenn ich krank werde, habe ich es versäumt, für meine Gesundheit etwas Gutes zu tun. | <input type="radio"/> |
| 7. Ich bin direkt verantwortlich für meine Gesundheit. | <input type="radio"/> |
| 8. Man soll nicht übersehen, daß Krankheiten in hohem Maße von zufälligen Ereignissen abhängen. | <input type="radio"/> |
| 9. Menschen, die nie krank werden, haben einfach Glück. | <input type="radio"/> |
| 10. Wenn ich krank bin, kann ich selbst einiges unternehmen, um wieder gesund zu werden. | <input type="radio"/> |
| 11. Wenn man auf sich achtet, bleibt man auch gesund. | <input type="radio"/> |
| 12. Gute Gesundheit ist davon abhängig, wie man mit seinem Körper umgeht. | <input type="radio"/> |
| 13. Ich glaube, daß ich sehr großen Einfluß auf mein körperliches Wohlbefinden habe. | <input type="radio"/> |
| 14. Gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden, ist oft reine Glückssache. | <input type="radio"/> |
| 15. Man hat oft keine Möglichkeiten, sich vor Krankheiten zu schützen. | <input type="radio"/> |
| 16. Um gesund zu bleiben, muß man einiges für sich tun. | <input type="radio"/> |
| 17. Meine Gesundheit ist von meinem Verhalten abhängig. | <input type="radio"/> |
| 18. Wenn ich etwas für meine Gesundheit tue, bin ich sicher, daß es auch Erfolg haben wird. | <input type="radio"/> |
| 19. Meine Gesundheit ist hauptsächlich durch Zufälle bestimmt. | <input type="radio"/> |
| 20. Es ist eine Frage des Schicksals, ob man krank wird oder gesund bleibt. | <input type="radio"/> |

II. Bitte kreuzen Sie für jeden Punkt an, wie wichtig er für Ihr Wohlbefinden ist und wie zufrieden Sie derzeit damit sind. Denken Sie an die letzten 4 Wochen.

| | nicht wichtig | etwas wichtig | ziemlich wichtig | sehr wichtig | extrem wichtig | unzufrieden | eher unzufrieden | eher zufrieden | ziemlich zufrieden | sehr zufrieden |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ | O ₁ | O ₂ | O ₃ | O ₄ | O ₅ |
| 1. Freunde/Bekannte | <input type="radio"/> |
| 2. Freizeitgestaltung/Hobbies | <input type="radio"/> |
| 3. Gesundheit | <input type="radio"/> |
| 4. Einkommen/finanzielle Sicherheit | <input type="radio"/> |
| 5. Beruf/Arbeit | <input type="radio"/> |
| 6. Wohnsituation | <input type="radio"/> |
| 7. Familienleben/Kinder | <input type="radio"/> |
| 8. Partnerschaft/Sexualität | <input type="radio"/> |
| 9. Umweltbedingungen | <input type="radio"/> |

TÄTIGKEIT

I. Abschließend möchten wir Ihnen Fragen zu Ihrer Tätigkeit stellen.

1. Seit wann arbeiten Sie schon in diesem Unternehmen? weniger als ein Jahr O₁ 1 - 5 Jahre O₂ 6 - 10 Jahre O₃ mehr als 10 Jahre O₄
2. Seit wann arbeiten Sie schon an diesem Arbeitsplatz? weniger als ein Jahr O₁ 1 - 5 Jahre O₂ 6 - 10 Jahre O₃ mehr als 10 Jahre O₄
3. Müssen Sie bei Ihrer Tätigkeit oft den Arbeitsplatz verlassen? Ja O₁ Nein O₂
4. Was ist Ihre überwiegende Tätigkeit? _____
5. Arbeiten Sie an Geräten? Ja O₁ Nein O₂
6. Wenn ja, an welchen? _____
7. Wenn Sie an einem Bildschirm arbeiten wieviel % Ihrer Arbeitszeit arbeiten Sie an diesem Gerät? _____%
8. Wie ist Ihre Arbeitszeit geregelt? fest O₁ Gleitzeit O₂ variabel O₃
9. Wenn Ihre Arbeitszeit variabel geregelt ist, wie ist sie geregelt? _____
10. Wieviele Stunden / Woche arbeiten Sie insgesamt? |__| |__| / Woche
11. Wieviele Stunden arbeiten Sie an diesem Arbeitsplatz? |__| |__| / Woche
12. Wie lange machen Sie Mittagspause? _____ Minuten
13. Machen Sie kleine Erholungspausen während der Arbeitszeit? immer O₁ selten O₂ nie O₃
14. Sind Sie Raucher? Ja O₁ Nein O₂
15. Rauchen Sie an Ihrem Arbeitsplatz? Ja O₁ Nein O₂
16. Wird in der näheren Umgebung Ihres Arbeitsplatzes geraucht? Ja O₁ Nein O₂
17. Ist Ihr Arbeitsplatz in Fensternähe? Ja O₁ Nein O₂
18. Haben Sie ausreichend Tageslicht an Ihrem Arbeitsplatz? Ja O₁ Nein O₂
19. Ist ihr Arbeitsplatz ausschließlich durch Kunstlicht beleuchtet? Ja O₁ Nein O₂
20. Gibt es in Ihrem Raum ein oder mehrere Fenster? Ja O₁ Nein O₂
21. Öffnen Sie ab und zu in Ihrem Raum ein Fenster? Ja O₁ Nein O₂ geht nicht O₃

II. Jetzt bitten wir Sie noch um einige allgemeine Angaben.

1. Geschlecht weiblich O₁ männlich O₂
2. Familienstand ledig O₁ verheiratet O₂ verwitwet O₃ geschieden O₄ getrennt lebend O₅
3. Lebenssituation allein lebend O₁ mit Partner/Familie lebend O₂ in einer Wohngemeinschaft lebend O₃
4. Alter jünger als 20 O₁ 21 - 30 O₂ 31 - 40 O₃ 41 - 50 O₄ 51 - 60 O₅ älter als 61 O₆
5. Schulabschluß Haupt-/Volksschule O₁
Mittlere Reife/Realschule O₂
Abitur/Fachabitur O₃
6. Berufsausbildung kein Abschluß O₁
Berufsschule/Lehre O₂
Fach-/Meisterschule O₃
Uni/Hochschule O₄

Und zum Schluß noch zwei zusätzliche Fragen:

1. Haben Sie Haustiere? Ja O₁ Nein O₂ Wenn ja, welche? _____
2. Tragen Sie Kontaktlinsen? Ja O₁ Nein O₂

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Tragen Sie die Uhrzeit ein, zu der Sie den Fragebogen ausgefüllt haben: __:__ Uhr. Kleben Sie dann eine der beiliegenden Nummern auf die 1. Seite des Fragebogens.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

|__| |__|

Monat |__| |__| Jahr

10.2 Fragebogen der Untersuchung Lebensqualität chronisch kranker Menschen in Hamburg (Studie B)

Abteilung für Medizinische Psychologie
Universität Hamburg

ID-Nummer

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Freie und Hansestadt Hamburg

Datum Beginn

Geschlecht: w/m Dauer

FRAGEBOGEN FÜR EIN TELEFONISCHES INTERVIEW

Lebensqualität von chronisch kranken Menschen in der Stadt Hamburg

Einleitung:

Guten Tag, mein Name ist Ich rufe von der Universität Hamburg an. Wir hatten Ihnen ja brieflich unseren Anruf angekündigt. Und zwar geht es um das Forschungsvorhaben „Lebensqualität von erkrankten bzw. körperlich behinderten Menschen in der Stadt Hamburg“. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie, Frau/Herr....., in einem telefonischen Interview zu Ihrer Wohnumgebung und Ihrem gesundheitlichen Wohlbefinden befragen. [eventuell vorlesen: Wir hoffen auch in Ihrem Interesse, mit dieser Befragung Aufschluss über die Auswirkung von bestimmten Lebens- und Umweltbedingungen in Wohngebieten auf die Gesundheit der Bewohner zu gewinnen.]

Falls Sie keine weiteren Fragen haben, können wir beginnen?!

Wohnsituation

**A 1. Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Wohnsituation stellen.
Seit wann wohnen Sie in Hamburg?**

1. Seit.....19□□
2. Stadtteil: _____
3. Welche Etage? □□
4. Gibt es einen Fahrstuhl? Ja □ Nein □
5. Haben Sie einen **Garten** □? Einen **Balkon** □?

A 2. Wohnung

1. Wohnen Sie in einem **Einfamilienhaus** □ oder **Mehrfamilienhaus** □?
2. Sind Sie **Eigentümer**? Ja □ Nein □
3. Wohnen Sie zur **Miete**? Ja □ Nein □
4. Wie viele **Zimmer** hat Ihre Wohnung, ohne Bad, Küche und Toilette?
 □□ Zimmer wn □ kA □
5. Wieviel **qm** Wohnfläche hat Ihre Wohnung?
 □□□ qm²

A 3. Wie viele Jahre wohnen Sie bereits in Ihrer jetzigen Wohnung?

□□ Jahre (*weniger als 1 Jahr = 1*) wn □ kA □

A 4. Leben Sie in einem Pflegeheim? Ja □ Nein □

A 5. Sind Sie mit Ihrer Wohnung zufrieden?

Ja □ Nein □



Falls nein, warum nicht? _____

Subjektive Bewertung des Wohnumfeldes

| B 1. Gibt es in Ihrer Wohngegend: | Ja | Nein |
|--|-----------|-------------|
| 1. viel Straßenverkehr? | 1 | 2 |
| 2. Luftverschmutzung? | 1 | 2 |
| 3. wenige Grünflächen? | 1 | 2 |
| 4. unfreundliche Nachbarn? | 1 | 2 |
| 5. schlechte Verkehrsanbindungen? | 1 | 2 |
| 6. Autolärm? | 1 | 2 |
| 7. wenig Einkaufsmöglichkeiten? | 1 | 2 |
| 8. Lärm von Eisenbahn oder S-Bahn? | 1 | 2 |
| 9. Fluglärm? | 1 | 2 |
| 10. zu wenig Naherholungsmöglichkeiten? | 1 | 2 |

B 2. Würden Sie anderen empfehlen, in Ihre Wohngegend zu ziehen?

Ja Nein



Falls nein, warum nicht? _____

B 3. Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihre Wohngegend bzw. den Stadtteil zu wechseln?

Ja Nein



Wenn ja, warum? _____

B 4. Wie würden Sie, alles in allem, Ihre Wohnumgebung benoten?

(1=sehr gut, 6=ungenügend)

1 2 3 4 5 6

Lebenszufriedenheit

| C 1. Auf einer Skala von 1-7 (1=sehr zufrieden, 7=sehr unzufrieden), wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens? | Sehr zufrieden ☺ | | | | Sehr unzufrieden ☹ | | | |
|---|---------------------|---|---|---|-----------------------|---|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1. Ihrer Arbeitssituation bzw. Ihrer Hauptbeschäftigung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 2. Ihrer Wohnung? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 3. Ihrem Wohngebiet? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 4. Ihrem Wohnort? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 5. Ihrer finanziellen Lage? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 6. Ihrer Freizeit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 7. Ihrer Gesundheit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 8. Ihrer familiären Situation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 9. Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 10. Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen: Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

Allgemeiner Gesundheitszustand

In diesen Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Die Fragen ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Die ersten Fragen betreffen Ihre derzeitige Gesundheit und Ihre täglichen Aktivitäten. Bitte versuchen sie jede der Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Ich werde Ihnen jede Frage und die dazugehörigen Antwortmöglichkeiten vorlesen. Bitte nennen Sie mir dann die auf Sie zutreffende Antwort.

D 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

| | |
|---------------|---|
| Ausgezeichnet | 1 |
| Sehr gut | 2 |
| Gut | 3 |
| Weniger gut | 4 |
| Schlecht | 5 |

D 2. Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Tätigkeiten vorlesen, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. **Bitte sagen Sie mir, ob Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt oder überhaupt nicht eingeschränkt sind.**

| Tätigkeiten: | Ja, stark eingeschränkt | Ja, etwas eingeschränkt | Nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| 1. ...mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt oder überhaupt nicht eingeschränkt? (Wenn der Patient/die Patientin sagt, daß er/sie diese Tätigkeit nicht ausübt, fragen Sie nach: Ist es wegen Ihres Gesundheitszustandes? Wenn ja, als 1 kodieren). | 1 | 2 | 3 |
| 2. Mehrere Treppenabsätze steigen. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt oder überhaupt nicht eingeschränkt? | 1 | 2 | 3 |

| D 3. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihrer körperlichen Gesundheit und Ihren Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause. | | Ja | Nein |
|---|---|-----------|-------------|
| 1. | In den vergangenen 4 Wochen, haben Sie weniger geschafft als Sie wollten wegen Ihrer körperlichen Gesundheit? | 1 | 2 |
| 2. | In den vergangenen 4 Wochen, konnten Sie nur bestimmte Dinge tun wegen Ihrer körperlichen Gesundheit? | 1 | 2 |

| D 4. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihren seelischer Problemen und Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause. | | Ja | Nein |
|--|--|-----------|-------------|
| 1. | In den vergangenen 4 Wochen, haben Sie weniger geschafft als Sie wollten wegen seelischer Probleme, z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten? | 1 | 2 |
| 2. | In den vergangenen 4 Wochen, konnten Sie nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten wegen seelischer Probleme, z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten? | 1 | 2 |

D 5. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?

| | |
|-----------------|---|
| Überhaupt nicht | 1 |
| Etwas | 2 |
| Mäßig | 3 |
| Ziemlich | 4 |
| Sehr | 5 |

D 6. In den nächsten Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte geben Sie mir zu jeder Frage die Antwort, die Ihrem Befinden am besten entspricht.

| | Immer | Meistens | Ziemlich oft | Manchmal | Selten | Nie |
|---|--------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------|------------|
| 1. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ruhig und gelassen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen voller Energie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen entmutigt und traurig? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

D 7. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

| | |
|----------|---|
| Immer | 1 |
| Meistens | 2 |
| Manchmal | 3 |
| Selten | 4 |
| Nie | 5 |

D 8. Im Folgenden lese ich Ihnen eine Reihe von Aussagen vor. Wir wissen, dass es schwierig ist, einige Aussagen mit ja oder nein zu beantworten. Bitte geben Sie trotzdem für jede Aussage an, ob diese für Sie zutrifft oder nicht.

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. | Ich bin andauernd müde..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. | Ich habe nachts Schmerzen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. | Ich fühle mich niedergeschlagen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. | Ich habe unerträgliche Schmerzen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. | Ich nehme Tabletten, um schlafen zu können..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. | Ich habe vergessen, wie es ist, Freude zu empfinden..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. | Ich fühle mich gereizt..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. | Ich finde es schmerzhaft, meine Körperposition zu verändern..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. | Ich fühle mich einsam..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. | Ich kann mich nur innerhalb des Hauses bewegen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. | Es fällt mir schwer, mich zu bücken..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 12. | Alles strengt mich an..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 13. | Ich wache in den frühen Morgenstunden auf..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 14. | Ich kann überhaupt nicht gehen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 15. | Es fällt mir schwer zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 16. | Die Tage ziehen sich hin..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 17. | Ich habe Schwierigkeiten Treppen hinauf- und hinunterzugehen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 18. | Es fällt mir schwer nach Gegenständen zu greifen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 19. | Ich habe Schmerzen beim Gehen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 20. | Mir reißt derzeit oft der Geduldsfaden..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 21. | Ich fühle, daß ich niemanden nahestehe..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 22. | Ich liege nachts die meiste Zeit wach..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 23. | Ich habe das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 24. | Ich habe Schmerzen, wenn ich stehe..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 25. | Es fällt mir schwer mich selbst anzuziehen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 26. | Meine Energie läßt schnell nach..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 27. | Es fällt mir schwer lange zu stehen (z. B. am Spülbecken, an der Bushaltestelle)..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 28. | Ich habe andauernd Schmerzen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 29. | Ich brauche lange zum Einschlafen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 30. | Ich habe das Gefühl, für andere Menschen eine Last zu sein..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 31. | Sorgen halten mich nachts wach..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 32. | Ich fühle, daß das Leben nicht lebenswert ist..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 33. | Ich schlafe nachts schlecht..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 34. | Es fällt mir schwer mit anderen Menschen auszukommen..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 35. | Ich brauche Hilfe, wenn ich mich außer Haus bewegen will (Stock oder jemand, der mich stützt)..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 36. | Ich habe Schmerzen, wenn ich Treppen hinauf- und hinuntergehe..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 37. | Ich wache deprimiert auf..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 38. | Ich habe Schmerzen, wenn ich sitze..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Soziale Unterstützung

E 1. Bitte sagen Sie mir, was für Sie zutrifft:

| | nie | selten | oft | sehr oft | wn | kA |
|---|-----|--------|-----|----------|----|----|
| 1. Haben Sie während des letzten Monats mit Freunden oder Verwandten telefoniert?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 2. Haben Sie während des letzten Monats von Freunden oder Verwandten besucht worden?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 3. Haben Sie während des letzten Monats an einem Fest oder an einer geselligen Veranstaltung teilgenommen?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 3. Haben Sie letzten Monat etwas gemeinsam mit anderen gemacht (z. B. Gesellschaftsspiele, Spaziergang, Gymnastik etc.)?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |

E 2. Verbringen Sie Ihre Freizeit in Gruppen oder Vereinen, z. B. Selbsthilfegruppen, kirchliche oder politische Gruppen?

Ja Nein

↓

Wenn ja, welche? _____

E 3. Wie schätzen Sie Ihr soziales Umfeld ein, inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

| | Trifft voll und ganz zu | Trifft eher zu | Trifft eher nicht zu | Trifft überhaupt nicht zu |
|--|-------------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| 1. Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Ich hätte gerne einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ich kann mich auf meine Mitmenschen verlassen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Es gibt Menschen, denen ich mich nahe und vertraut fühle. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam, und ich finde wenig Verständnis. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Wenn ich wirklich die Hilfe meiner Freunde brauche, dann kann ich auf sie zählen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Ich fühle mich traurig, weil ich so allein bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| E 4. Wenn Sie darüber nachdenken, wie Sie dem Leben gegenüberstehen oder Ihr Leben meistern, inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? | | Trifft voll und ganz zu | Trifft eher zu | Trifft eher nicht zu | Trifft überhaupt nicht zu |
|--|---|-------------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| 1. | Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Was ich mir vornehme, kann ich auch erreichen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Ich fühle mich in meinem Leben gelegentlich hin und her geworfen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Meine Zukunft hängt hauptsächlich von mir selbst ab. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- E 5. Wie viele Personen - einschließlich Ihrer Familie - kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?**
- Keine Person
- Eine Person
- Zwei bis drei Personen
- Mehr als drei Personen

Chronische Erkrankung

- F 1. Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher?**
1. Diabetes ⇒ (weiter mit Diabetes-Bogen)
2. Rheuma ⇒ (weiter mit Rheuma-Bogen)
3. Schlaganfall ⇒ (weiter mit Schlaganfall-Bogen)

Krankheiten

Im Folgenden geht es um Ihren Gesundheitszustand.

| G 1. Welche der folgenden Krankheiten haben Sie derzeit? | Ja | Nein |
|---|----|------|
| 1. Allergien, Heuschnupfen | 1 | 2 |
| 2. Arthritis, Rheuma | 1 | 2 |
| 3. Rückenschmerzen, Ischias | 1 | 2 |
| 4. Sehstörungen | 1 | 2 |
| 5. Chronische Lungenerkrankung | 1 | 2 |
| 6. Chronische Hauterkrankung | 1 | 2 |
| 7. Taubheit, Schwerhörigkeit | 1 | 2 |
| 8. Behinderung, Arme/Beine | 1 | 2 |
| 9. Chronische Magen- Darm- Erkrankung | 1 | 2 |
| 10. Chronische Erkrankung Niere/ Blase | 1 | 2 |
| 11. Andere chronische Erkrankungen | 1 | 2 |
| 12. Hypertonie | 1 | 2 |
| 13. Herzinfarkt | 1 | 2 |
| 14. Angina pectoris | 1 | 2 |
| 15. Herzinsuffizienz | 1 | 2 |
| 16. Diabetes | 1 | 2 |
| 17. Krebs | 1 | 2 |

| | | |
|---------------|---|---|
| 18. Sonstige: | 1 | 2 |
|---------------|---|---|

Einstellung zur Krankheit

H 1. Wie sehr leiden Sie an Ihrer Erkrankung?

- Überhaupt nicht 1
- Etwas 2
- Mäßig 3
- Ziemlich 4
- Sehr 5

H 2. Wie gut kommen Sie mit Ihrer Erkrankung zurecht?

- Sehr gut 1
- eher gut 2
- mittelmäßig 3
- eher schlecht 4
- sehr schlecht 5

H 3. Empfinden Sie sich als kranker Mensch?

- Ja Nein

H 4. Welchen Platz im Leben nimmt Ihre Krankheit ein (in Prozent)?

_____ %

| H 5. Menschen erleben ihre Krankheit auf unterschiedliche Weise. Wie stark belasten Sie die folgenden möglichen Begleiterscheinungen Ihrer Erkrankung? | sehr stark | stark | weniger stark | gar nicht |
|--|------------|-------|---------------|-----------|
| 1. Die Möglichkeit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Körperlich und nervlich nicht mehr voll belastbar zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Nicht mehr ganz „der/die Alte“ zu werden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Dass meine Leistungsfähigkeit abgenommen hat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. In der Zukunft auf manches verzichten zu müssen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Manchmal hilflos und verlassen zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Durch Schmerzen und Einschränkungen immer wieder an meine Krankheit erinnert zu werden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Manchmal nicht zu wissen, was ich mir noch zutrauen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Erwartungen und Ansprüche zurückschrauben zu müssen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. In der Zukunft nicht mehr so unabhängig zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Nicht mehr so viel Lebensfreude wie früher zu haben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Dass durch meine Krankheit meine persönlichen Beziehungen leiden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Auf Medikamente angewiesen zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 14. Ständig in ärztlicher Betreuung zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|

H 6. Sind Ihnen durch Ihre Erkrankung finanzielle Nachteile entstanden?

Ja Nein

↓

Falls ja, inwiefern? _____

Mobilität

I 1. Sind Sie in der Lage, sich vollständig allein zu versorgen?

Ja Nein

I 2. Pflegen Sie Personen, die im Haushalt leben?

Ja Nein

I 3. Werden Sie selbst gepflegt?

Ja Nein

↓

Wenn ja, durch: Angehörige
Pflegedienst

| I 4. Können Sie ohne Hilfe anderer: | Ja | Nein |
|---|-----------|-------------|
| 1. in der Wohnung umhergehen? | 1 | 2 |
| 2. die Wohnung verlassen? | 1 | 2 |
| 3. in der Nähe tägliche Einkäufe erledigen? | 1 | 2 |
| 4. in die Stadt fahren (z. B. mit dem Bus)? | 1 | 2 |

I 5. Benutzen Sie um sich fortzubewegen einen Rollstuhl ? Eine Gehhilfe ?

I 6. Fahren Sie Auto?

Ja Nein

↓

Falls ja: Haben Sie ein Auto? Ja Nein
Verfügen Sie über einen eigenen Parkplatz? Ja Nein

I 7. Benutzen Sie aus gesundheitlichen Gründen ein Taxi, wenn Sie zur Behandlung fahren?

Ja Nein

↓

Falls ja: Wie oft im Monat? mal

I 8. Benutzen Sie öffentliche Verkehrsmittel?

Ja Nein

↓

Wenn ja, welche? _____

Könnten die Anbindungen verbessert werden?

Ja Nein

Sind die öffentlichen Verkehrsmittel Ihrer Erkrankung entsprechend ausgerichtet?

Ja Nein

↓

Wenn nein, wie könnten diese verbessert werden?

Wird Ihnen von anderen Fahrgästen Platz gemacht, damit Sie sitzen können?

Ja Nein
 Sind die Buseinstiege niedrig genug?
 Ja Nein

Behandlung und Versorgung

| J 1. Arzt und Behandlung | | Ja | Nein |
|---------------------------------|---|-----------|-------------|
| 1. | Haben Ihre Ärzte genug Zeit für Sie? | 1 | 2 |
| 2. | Bekommen Sie von Ihrem Arzt/Ärztin die Zuwendung und das Verständnis, das Sie erwarten? | 1 | 2 |
| 3. | Fühlen Sie sich genügend über Ihre Erkrankung durch Ihren Arzt informiert? | 1 | 2 |
| 4. | Fühlen Sie sich gut und kompetent behandelt? | 1 | 2 |
| 5. | Fühlen Sie sich ärztlich gut versorgt? | 1 | 2 |
| 6. | Wurde Ihnen erklärt, warum und wie Sie behandelt werden? | 1 | 2 |

| J 2. Fragen in Bezug auf die Stadt | | Ja | Nein |
|---|--|-----------|-------------|
| 1. | Erhalten Sie Informationen über finanzielle Hilfen? | 1 | 2 |
| 2. | Haben Sie praktische Hilfen für Ihren Alltag (z. B. Hol- und Bringdienste)? | 1 | 2 |
| 3. | Sind Sie im täglichen Leben gut versorgt (Lebensmittel, Bankgänge etc.)? | 1 | 2 |
| 4. | Kümmert sich jemand aus der Kirchengemeinde um Sie? | 1 | 2 |
| 5. | Sind Sie über das Beratungsangebot der Stadt Hamburg informiert (z. B. über Hilfe für chronisch kranke Menschen)? | 1 | 2 |
| 6. | Haben Sie das Gefühl, dass sich jemand von den öffentlichen Stellen um Sie kümmert? | 1 | 2 |
| 7. | Haben Sie einen Ansprechpartner in der Stadt/Gemeinde/Bezirk, den Sie bezüglich Ihrer Erkrankung um Rat fragen können? | 1 | 2 |

| J 3. Bewegungsfreiheit in der Stadt | | Ja | Nein |
|--|--|-----------|-------------|
| 1. | Ist Ihre Wohnung groß genug für Ihre Bedürfnisse? | 1 | 2 |
| 2. | Können Sie sich in der Stadt frei bewegen? | 1 | 2 |
| 3. | Hilft Ihnen jemand in der Stadt, wenn Sie nicht weiter wissen? | 1 | 2 |
| 4. | Sind die Treppen, Bürgersteige und Straßenbelege so, dass Sie damit zurechtkommen? | 1 | 2 |
| 5. | Fühlen Sie sich in der Stadt sicher? | 1 | 2 |
| 6. | Müssen Sie große Straßen überqueren, um Ihre täglichen Besorgungen zu machen? | 1 | 2 |
| 7. | Wird auf Sie draußen in der Stadt genügend Rücksicht genommen? | 1 | 2 |

| J 4. Sind Ihrer Meinung nach in der Stadt genügend... | | Ja | Nein |
|--|---|-----------|-------------|
| 1. | Rolltreppen vorhanden? | 1 | 2 |
| 2. | Fahrstühle vorhanden? | 1 | 2 |
| 3. | Sitzmöglichkeiten an Haltestellen vorhanden? | 1 | 2 |
| 4. | spezielle Angebote für sportliche Betätigung vorhanden? | 1 | 2 |
| 5. | Verständnis und Hilfe vorhanden? | 1 | 2 |

- J 5. Ist bzw. sind in Ihrem Wohnumfeld...**
- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| eine Apotheke vorhanden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ein behandelnder Arzt in der Nähe? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Einkaufsmöglichkeiten vorhanden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Grünanlagen in der Nähe der Wohnung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Offene Fragen

- K 1. Was beeinträchtigt hier in Hamburg Ihr Wohlbefinden und Ihre Gesundheit am meisten?**

- K 2. Welche Informations- und Hilfsangebote der Stadt in Bezug auf Ihre Erkrankung sind Ihnen bekannt (z. B. Selbsthilfegruppen)?**

Wie bzw. durch wen haben Sie von diesen Angeboten erfahren?

- K 3. Was würden Sie sich wünschen, damit Sie mit Ihrer Erkrankung noch besser zurechtkommen?**

In Bezug auf Ihre Wohnumgebung? _____

In Bezug auf Dienste der Stadt oder des Bezirks _____

In Bezug auf die ärztliche Versorgung? _____

In Bezug auf Ihre Mitmenschen? _____

In Bezug auf Ihre Lebensfreude? _____

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

- L 1. Haben Sie einen Arzt, den Sie im Regelfall zuerst bei gesundheitlichen Problemen aufsuchen?**

Ja Nein

Wie viele Ärzte haben Sie im letzten Monat aufgesucht?

- L 2. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 12 Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?**

Ungefähr Tage Keinen Tag

- L 3. Hatten Sie schon einmal eine ärztlich verordnete Kur oder eine Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt?**

Ja Nein

↓

einmal

mehrmals

(wie viele)

Soziodemographische Daten

M 1. Wann sind Sie geboren?

 19

 Tag Monat Jahr

M 2. Sind Sie

männlich weiblich

M 3. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

deutsch
 nicht deutsch Welche? _____

M 4. Ihr Familienstand:

ledig
 verheiratet, mit Partner lebend
 verheiratet, vom Ehepartner getrennt lebend
 geschieden/getrennt lebend
 verwitwet

M 5. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Zählen Sie dabei bitte auch Kinder mit.

lebe allein
 _____ Personen → Wie viele davon sind 18 Jahre oder älter? _____ Personen

M 6. Wie hoch etwa ist das monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder insgesamt (die Summe aus Lohn, Gehalt, Einkommen usw. jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben)? Bitte nennen lassen:

weniger als 1.000 DM
 1.000 bis 2.000 DM
 2.000 bis 3.000 DM
 3.000 bis 4.000 DM
 4.000 bis 5.000 DM
 5.000 bis 6.000 DM
 6.000 DM und mehr

M 7. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

keinen Abschluss
 Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss
 Realschulabschluss/mittlere Reife
 Polytechnische Oberschule
 Fachhochschule
 Abitur/allgemeine Hochschulreife
 anderes

M 8. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

- keine
- Lehre
- Fachschule
- Fachhochschule
- Universität
- anderes

M 9. Sind Sie zur Zeit berufstätig?

- | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja, ganztags | <input type="checkbox"/> | nein, Hausfrau/ Hausmann | <input type="checkbox"/> |
| ja, halbtags | <input type="checkbox"/> | nein, in Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
| ja, stundenweise | <input type="checkbox"/> | nein, EU-/BU-Rente | <input type="checkbox"/> |
| | | nein, Altersrente | <input type="checkbox"/> |

M 10. Zu welcher der nachfolgenden Gruppen gehört/ gehörte Ihr Beruf?

Arbeiter

- Un-, angelernter Arbeiter
- Fach-, Vorarbeiter
- Kolonnenführer, Meister

Selbständiger

- Selbständiger Landwirt/Genossenschaftsbauer
- Akademiker im freien Beruf (z. B. Arzt, Rechtsanwalt, Steuerberater)
- Selbständig im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung mit bis zu 9 Angestellten
- mit mehr als 9 Angestellten

Angestellter

- Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z. B. Verkäuferin, Kontorist, Stenotypist)
- Angestellter mit schwieriger Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter)
- Angestellter mit leitender Tätigkeit (z. B. wissenschaftlicher Angestellter, Abteilungsleiter)
- Angestellter mit umfassenden Tätigkeiten (z. B. Direktor, Geschäftsführer)

Beamter (einschl. Richter und Berufssoldat)

- Beamter im einfacher Dienst
- Beamter im mittlerer Dienst
- Beamter im gehobenen/höheren Dienst

Sonstiges

- z. B. Auszubildender, Wehrpflichtiger, Praktikant

M 11. In welcher Krankenversicherung/-kasse sind Sie versichert? Bitte denken Sie dabei auch an Zusatzversicherungen und Beihilfe. Dann ist mehreres anzugeben.

Gesetzliche Krankenversicherung

- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)
- Ersatzkrankenkasse, wie Barmer, DAK usw.
- Betriebskrankenkasse
- Innungskrankenkasse
- andere gesetzliche Krankenkasse, wie z. B. See-,
Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft

Private Krankenversicherung

- als Vollversicherung
- als Zusatzversicherung

andere Krankenversicherung

- Beihilfe
- ausländische Krankenkasse
- sonstiger Anspruch auf Krankenversorgung (z. B. Sozialhilfeempfänger,
Kriegsschadenrentner, Lastenausgleich, freie Heilfürsorge)
- keine Krankenversicherung

M 12. Wie sind Sie persönlich versichert?

- als beitragszahlendes Mitglied und zwar: pflichtversichert
freiwillig versichert
Rentner
- als mitversicherter Familienangehöriger und zwar: pflichtversichert
freiwillig versichert
Rentner

M 13. Ist bei Ihnen

- die Anerkennung einer Berufskrankheit beantragt worden? Ja Nein
- eine Berufskrankheit anerkannt worden? Ja Nein

N 1. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Haben wir etwas Wichtiges vergessen? Haben Sie noch **Anmerkungen?**
