

## Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung

Günther Steinkamp

Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld

Der gesichertste Befund sozialepidemiologischer Forschung betrifft den Zusammenhang zwischen chronischer Krankheit und Lebenserwartung auf der einen und sozialer Schichtzugehörigkeit auf der anderen Seite. Seit dem 12. Jahrhundert, in dem zum erstenmal Daten über diesen Zusammenhang berichtet worden sind, bis heute läßt sich der Schichtgradient belegen: Er ist konsistent für eine große Zahl von Krankheiten, für verschiedene Populationen und bleibt über bemerkenswert lange Zeiträume stabil. Vor allem bei Männern und Frauen im Alter von 24 bis 64 Jahren variieren die Lebenserwartungen und Erkrankungsrisiken dramatisch im Hinblick auf das Bildungsniveau, das Einkommen und den Beruf unabhängig davon, ob man diese Indikatoren der sozialen Schicht einzeln oder zusammengefaßt betrachtet<sup>1–13</sup>.

Der gesicherte Nachweis eines raum-zeitstabilen inversen Schichtgradienten für das Mobilitäts- und Mortalitätsgeschehen darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Ursachen für diesen Zusammenhang noch immer umstritten sind. Denn Korrelationen z. B. von Einkommens-, Bildungs-, Berufsstatusmerkmalen etc. mit Gesundheit, Krankheit und Tod sagen wenig darüber aus, wie dieser Zusammenhang erklärt werden kann. Die Frage bleibt, ob Kovariationen zwischen sozialer Schicht und verschiedenen Formen somatischer/psychosomatischer Krankheiten, psychischer Störungen und Lebenserwartung als sozialer Verursachungsprozess, als sozialer Selektionsprozess oder als eine Kombination von beidem anzusehen ist. Neuere Ergebnisse von Longitudinalstudien im Bereich physischer Erkrankungen und psychischer Störungen und interkulturelle Vergleiche geben allerdings der Verursachungshypothese größeres Gewicht, wobei Selektionsphänomene keineswegs dogmatisch ausgeklammert werden<sup>3,5,8,12,14</sup>. Die Verursachungshypothese fokussiert dabei auf eine eher kultur-verhaltensbezogene und eine eher materialistisch-strukturelle Erklärungsvariante<sup>12</sup>, wobei diese Differenzierung deswegen analytisch nur mäßig fruchtbar erscheint, weil Verhalten stets in soziale Strukturen eingebettet ist und von diesen beeinflußt wird.

Die Favorisierung der materialistisch-strukturalistischen Erklärungsvariante (z. B.<sup>12</sup>) für die inverse Beziehung von sozialer Schicht und Krankheit/Lebenserwartung fußt allerdings bislang auf

einer theoretisch wie empirisch wenig elaborierten Verursachungskette von der Makrostruktur zur Individualebene, wobei diese sowohl im Hinblick auf Vollständigkeit und Stringenz bei der Konzeptualisierung ihrer einzelnen Glieder als auch hinsichtlich der Plausibilität ihrer theoretischen Verknüpfung erhebliche Defizite aufweist. Diese liegen vor allem:

- in der submarginalen Erfassung ungleicher Lebensbedingungen durch das Schichtkonstrukt (Kap. 2),
- in den unzulässig weiten „Kausalsprüngen“ von der Makro- zur Individualebene, bei denen die zwischen ihnen intervenierenden sozialen Lebenskontexte (Mesoebene) gewöhnlich unberücksichtigt bleiben. Dabei kommt ihnen eine zentrale Transmissionsfunktion bei der Verzahnung sozialstrukturell induzierter ungleicher Lebensbedingungen und individueller Gesundheit/Lebenserwartung zu (Kap. 3),
- in dem behavioristischen Menschenbild dieser Forschungsrichtung und dem daraus resultierenden Fehlen einer „Subjektperspektive“<sup>15,16</sup> (Kap. 4) und schließlich
- in der Vernachlässigung der Zeitdimension (Kap. 5).

Die folgende Diskussion stellt einen Versuch dar, auf diese Defizite einzugehen. Dabei sollen die wichtigsten Variablengruppen sozialepidemiologischer Ungleichheitsforschung, die auf verschiedenen Ebenen sozialer Realität angesiedelt sind, benannt und in einem hierarchischen Mehrebenenmodell verortet werden. In diesem Modell gibt die jeweils höhere Ebene relevante Bedingungen für die anderen Ebenen vor. Mehrebenenanalysen sind also eine Form multivariater Betrachtungsweise sozialer Phänomene, die auf eine Verknüpfung von Daten verschiedener Ebenen sozialer Realität zur Erklärung individueller und kollektiver sozialer Tatbestände abzielt. Ein solches Mehrebenenmodell hat vor allem in der sozialstrukturellen Sozialisationsforschung fruchtbare Anwendung erfahren<sup>17–21</sup>. Auf der obersten Analyseebene (Makroebene) wird die Ungleichheit objektiver Lebensbedingungen zu erfassen versucht; Ebene 2 (Mesoebene) umfaßt die konkreten Lebenskontexte, in denen strukturell vermittelte ungleiche Belastungen und Ressourcen ihre Wirkung entfalten. Auf der Ebene

3 (Mikroebene) werden die Auseinandersetzungsprozesse des Individuums mit Belastungen und Ressourcen thematisiert und die Folgen nicht gelingender Bewältigungsprozesse für die individuelle Befindlichkeit zu erfassen versucht.

### **Makroebene: Ungleichheit der Lebensbedingungen**

Unter *sozialer Ungleichheit* wird die gesellschaftlich hervorgebrachte, relativ dauerhaft vorgegebene Struktur ungleicher Verteilung knapper und begehrter materieller und immaterieller Ressourcen (einschliesslich ungleicher Zugangschancen zu ihnen) auf die Mitglieder einer Gesellschaft verstanden, die die Realisierung allgemein akzeptierter Lebensziele beeinflusst<sup>22</sup> und damit die „Qualität des Lebens von Individuen“<sup>23</sup> entscheidend prägt. Ungleicher Zugang zu und ungleiche Verteilung von Ressourcen bilden Rahmenbedingungen für die Realisierung von Lebenszielen, deren Wirksamkeit zwar mit individual-, familien- und milieuspezifischen Bewertungen variiert (vgl. dazu Kap. 3 und 4), die aber gleichwohl *objektive* Barrieren und Möglichkeiten bei der Verwirklichung individueller Lebensziele markieren<sup>22</sup>.

Ein langes Leben ohne tiefgreifende gesundheitliche Beeinträchtigungen gehört zu den menschlichen Lebenszielen von hoher Priorität. Welche Dimensionen sozialer Ungleichheit sind es nun, die die Qualität des Lebens in modernen Gesellschaften entscheidend prägen und damit auch auf Gesundheit und Lebenserwartung Einfluss nehmen?

Die theoretische Diskussion dieser Bedingungen ist vor allem mit zwei Namen verknüpft: Karl Marx und Max Weber. War für Marx die Ungleichheit der Lebensverhältnisse in den Produktionsverhältnissen begründet, stellte Max Weber neben diese auch für ihn entscheidende Dimension des Eigentums an bzw. der Verfügung über Produktionsmittel(n) zwei weitere: Macht und Prestige, die er als zusammenhängende Grundlagen für die Bildung sozialer Ungleichheitsstrukturen ansah<sup>24</sup>. Dem Marx'schen dichotomischen Klassenmodell als einer Kategorie zur Analyse der Dynamik strukturellen Wandels setzt Max Weber ein hierarchisches mehrdimensionales Schichtenmodell entgegen, das zwar des für Marx entscheidenden Gesichtspunktes gesellschaftlichen Wandels entkleidet ist<sup>25</sup>, aber als Kategorie der Deskription eines statisch vorgestellten hierarchischen Gefüges sozialer Ungleichheit bedeutsam bleibt. Es ist als solches vom Klassenmodell streng zu scheiden<sup>26</sup>.

Die von Max Weber propagierte mehrdimensionale Erfassung sozialer Ungleichheit, die über die von Marx betonte ökonomische Dimension hinausgeht, hat vor allem zunächst die amerikanische und von dort die westeuropäische Theorieentwicklung im Bereich sozialer Ungleichheit und Schichtung massgeblich beeinflusst. Geld-, Prestige- und Machtun-

terschiede, seit den 60iger Jahren auch Bildungsunterschiede<sup>27</sup> werden – in variierender Definition und Gewichtung – von vielen Ungleichheitstheoretikern<sup>28–33</sup> als grundlegende Dimensionen sozialer Ungleichheit angesehen, z.T. wird ihnen sogar raum-zeitlich unabhängige Bedeutung beigemessen<sup>29</sup>.

Allen *sozialen Schichtkonstruktionen* gemeinsam ist das Bemühen, Ordnung und Übersichtlichkeit in die vertikale Struktur sozialer Ungleichheit hineinzubringen und diese somit der wissenschaftlichen Analyse zugänglich zu machen. Die aus der Geologie entlehnte Metapher der Schichtung soll die Vorstellung einer vertikalen Lagerung von Bevölkerungsgruppen veranschaulichen, voneinander abgrenzbar durch ihren unterschiedlichen Zugang zu und durch ihre unterschiedliche Verfügung über knappe(n) und begehrte(n) Ressourcen Geld, Macht, Prestige und Wissen.

Einige Ungleichheitstheoretiker wenden den Begriff soziale Schichtung nur dann an, wenn die zu einer Sozialschicht zusammengefaßten Bevölkerungsteile neben der relativen Homogenität objektiver Lebensverhältnisse und Verfügungschancen über Ressourcen auch durch gemeinsame typische Werthaltung, Mentalitäten und Verhaltensweisen sich auszeichnen (z. B.<sup>34</sup>).

Wenn man einmal unterstellt, daß die klassischen Dimensionen sozialer Ungleichheit (Geld, Macht, Prestige, Wissen) bei aller Unzulänglichkeit ihrer theoretischen Begründung zentrale Bedingungen darstellen, die für die Verwirklichung von allgemein akzeptierten und als erstrebenswert angesehenen Lebenszielen in modernen Gesellschaften konstitutiv sind, so stellt sich zunächst die Frage, ob und inwieweit sie bei der Konstruktion von Schichtmodellen, wie sie in der sozialepidemiologischen Forschung benutzt werden, Berücksichtigung finden. Analysiert man diese daraufhin, so kommt man sehr schnell zu dem Schluß, daß sie wohl eher durch das forschungsökonomisch bedingte Bedürfnis nach Komplexitätsreduktion als durch eine theoriegeleitete und methodisch disziplinierte Erfassung ungleicher Lebensbedingungen gebildet werden. So kommt eine Reanalyse sozialepidemiologischer Untersuchungen, die in den Jahren 1982 und 1985 im renommierten *American Journal of Epidemiology* veröffentlicht wurden und soziale Schicht als unabhängige Variable benutzten, zu dem Ergebnis, dass der am häufigsten verwandte *alleinige* Schichtindikator das Bildungsniveau (45%) war, gefolgt von der Berufsposition (22%) und dem Einkommen (15%). In den restlichen 18% der Untersuchungen wurden diese Indikatoren kombiniert oder andere Verfahren der Schichtkonstruktion herangezogen<sup>35</sup>.

Diese Beispiele für die in der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung am häufigsten verwendeten Konstruktionsprinzipien vor allem ein-, aber auch mehrdimensionaler Schichtmodelle ma-

chen sehr deutlich, daß mit ihnen die Lage von Individuen oder von Familien in der Struktur sozialer Ungleichheit nur begrenzt erfaßt wird. Indikatoren wie die bewertete Berufsposition (nach eher objektiven Merkmalen wie Fertigniveau, Verantwortung und Prestige wie in den in der angelsächsischen Forschung häufig verwendeten „British Registra General Scale“ oder „Edward’s Social Economic Grouping of Occupations“ oder nach eher „subjektiven“ Prestigemerkmale in der Tradition L. W. Warners), Einkommen (als Erwerbsfolgen) und Ausbildung (als Erwerbsvoraussetzung) beziehen sich ausschließlich auf die aus der Erwerbsarbeit resultierenden Lebensbedingungen<sup>19,22,37–40</sup> und bilden diese dazu noch sehr ungenügend ab. (So werden die unterschiedlichen Belastungen in verschiedenen Berufen nicht erfaßt, Einkommen gibt keinen hinreichenden Aufschluß über die Vermögenslage, Wissen wird zu einer Einheitsskala leicht erhebbarer Schulbildungsabschlüsse kondensiert usw.)

Hinzu kommt, daß Schichtkonstrukte eine *geschlechtsspezifische Schlagseite* aufweisen, in den die Statusmerkmale des männlichen Haushaltsvorstandes als Ungleichheitsmaß sowohl für die gesamte Familie (bei Verwendung eines Haushaltskonzepts) als auch für ihre einzelnen Mitglieder (bei Verwendung eines Individualkonzepts) herangezogen werden. Die zunehmende Berufstätigkeit verheirateter Frauen und der daraus resultierende Einfluß auf die familiäre Schichtposition finden keine Berücksichtigung.

Unabhängig von der mehr oder weniger vollständigen Erfassung sozialer Ungleichheit in Schichtmodellen ergibt sich das Problem bei allen Schichtkonstruktionen, wo *horizontale Einschnitte* in die vertikale Ungleichheitsstruktur gezogen werden sollen. Schichtgrenzen suggerieren die Vorstellung, sie hätten eine objektive Entsprechung in der Realität, d. h. sie erfaßten Gruppierungen von Menschen in deutlich voneinander unterscheidbaren Lebenslagen. Prüft man die in der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung verwendeten mehrstufigen Schichtmodelle daraufhin, so kommt man sehr schnell zu der Feststellung, daß die erfaßten Schichten häufig Sammelbecken höchst unterschiedlicher individueller oder familiärer Lebenslagen in Bezug auf Ausbildungsniveau, Einkommen und Vermögen, berufliche Tätigkeit, Berufsprestige, Einflußmöglichkeit etc. darstellen. Theodor Geiger hat schon 1932 vor einer solchen Grobgliederung der Ungleichheitslagen gewarnt, weil mit ihr „erhebliche qualitative Unterschiede... eingeebnet und vergewaltigt werden“<sup>34</sup>. Auch differenziertere viestufige soziale Schichtmodelle verschleiern die Tatsache, daß Schichtübergänge fließend<sup>41</sup> und die Statuslagen vieler Menschen relativ unbestimmt sind<sup>42</sup>. Sie zielen nicht darauf ab, reale Grenzen zu markieren. Daher sind sie auch als Instrument zur Beschreibung der Wirklichkeit beliebig und analy-

tisch nur mäßig fruchtbar<sup>43</sup>. Solche Schichtenmodelle berücksichtigen außerdem ausschliesslich ein Über- und Untereinander und kein Nebeneinander von Gruppierungen<sup>22</sup>, wie das z. B. in dem Geiger’schen Schichtmodell von 1932<sup>34</sup> schon der Fall ist.

Die bisherige Analyse dürfte den Schluß rechtfertigen, daß durch die unzureichende Berücksichtigung der „Großen Vier“ der traditionellen Ungleichheitsdiskussion (Geld, Macht, Prestige, Wissen), durch ihre mangelhafte Operationalisierung und empirische Erfassung über einzelne Indikatoren wie Bildung, Beruf und Einkommen, durch die weitgehende Nichtberücksichtigung der weiblichen Erwerbsarbeit und durch die relativ willkürliche Schichtabgrenzung, die „unabhängige Variable“ der sozialepidemiologischen Forschung, die Ungleichheit der Lebensbedingungen, in unverantwortlicher Weise ausgedünnt wird. Selbst wenn man der Meinung ist, daß Bildung, berufliche Position und Einkommen auch heute noch als Indikatoren zur Erfassung der Kernstruktur sozialer Ungleichheit in modernen Gesellschaften geeignet sind, so wird aber mit der vornehmlichen Berücksichtigung nur *einer* dieser Indikatoren (vor allem gilt das für Bildung und Einkommen) eben diese Kernstruktur nur oberflächlich erfaßt.

Das Unbehagen an der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung verschärft sich, wenn man die *gegenwärtige Diskussion* über neuere Entwicklungstendenzen sozialer Ungleichheit in fortgeschrittenen Industriegesellschaften mit einbezieht und die Frage stellt, inwiefern die traditionellen schichtungssoziologischen Modelle, wie sie auch in der sozialepidemiologischen Forschung Verwendung finden, *heute* noch in der Lage sind, den gesamten Erscheinungsbereich „alter“ und „neuer“ Ungleichheiten abzudecken.

Die in der Theoriediskussion sozialer Ungleichheit lange zu beobachtende Stagnation, ihr unflexibles Beharren auf dem schon von Max Weber entwickelten Konzept, hat wohl auch die Entwicklung eines zeitgemäßen, realitätsangemesseneren Modells sozialer Ungleichheit blockiert. Die darauf basierenden Schichtkonstrukte vernachlässigen durch ihre Fixierung auf traditionelle vertikale Dimensionen sozialer Ungleichheit „*neue*“ *Ungleichheiten*, die durch sozialstrukturelle Wandlungsprozesse und/oder durch die Verlagerung des Problembewußtseins zunehmend an Bedeutung gewinnen<sup>22,38,39,40,44–48</sup>.

Mit der Konzentration auf „alte“ Ungleichheiten und deren Reduktion auf die „meritokratische Triade von Bildung, Beruf und Einkommen“<sup>47</sup> werden alle die Ungleichheiten ausgeklammert, die nicht auf Leistungsqualifikationen zurückzuführen sind. Es sind einmal die Arbeitsbedingungen, die z. B. in der neueren sozialstrukturellen Sozialisationsforschung differenziert erfaßt werden. Auch die Arbeitsplatzrisiken sind hier von

grosser Bedeutung. Im Hinblick auf den materiellen Aspekt von Ungleichheitslagen müssen Bevölkerungsgruppen Berücksichtigung finden, die sich durch unterschiedliche Versorgungsansprüche gegenüber dem Sozialversicherungssystem und durch Versorgungschancen über öffentliche Güter bestimmen lassen. Denn in wohlfahrtsstaatlichen Systemen kann die Bedeutung von Besitz und Einkommen zur Bestimmung der Lebenslage nicht mehr ohne den Filter der öffentlichen Versorgungschancen bewertet werden<sup>49</sup>. Sozialstaatliche Leistungen z. B. im Bereich Bildung, Wohnumfeld und der Sozialpolitik relativieren die Relevanz der ökonomischen Position immer mehr<sup>44,50</sup>. Insgesamt handelt es sich bei den „neuen“ sozialen Ungleichheiten weitgehend um politisch-administrativ ausgehandelte und sozio-kulturell geprägte Ungleichheiten<sup>22</sup>, die die Lebenslage von immer mehr Menschen in zunehmendem Masse beeinflussen. Neben den erwähnten Ungleichheiten der Arbeitsbedingungen und -risiken, der Wohlfahrtsteilhabe und der sozialen Absicherung handelte es sich hier vor allem um Ungleichheiten der Infrastrukturversorgung, der Integration in soziale Netzwerke und der Freizeitbedingungen. Aber auch die mit askriptiven Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Generation, Region und ethnischer Zugehörigkeit zusammenhängenden Bevorzugungen und Benachteiligungen, die oft „quer“ zu den durch das Erwerbsleben erzeugten liegen, müssen in Ungleichheitsanalysen Eingang finden.

Mehrdimensionale Schichtmodelle beruhen auf der Annahme prinzipieller Konsistenz der berücksichtigten Statusdimensionen. Entsprechend der dargestellten Komplexitätssteigerung sozialer Ungleichheit in fortgeschrittenen Industriegesellschaften bestimmen heute mehr Merkmale der sozialen Existenz über vorteilhaftere oder nachteiligere Lebensbedingungen<sup>22,50–52</sup>. Werden nun die neuen Ungleichheiten in ein vertikales Schichtmodell zu integrieren versucht, so „steigt das Ausmaß der Statuskonsistenz und sinkt die Angemessenheit des Schichtmodells rapide, . . . da die Situation der weit überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung gerade durch die Gleichzeitigkeiten von Vor- und Nachteilen, also durch Statusinkonsistenz, gekennzeichnet ist“<sup>22</sup>. So zeigt ein Vergleich der Statuskonfigurationen Ende der 80iger Jahre zu den späten 70iger Jahren in der Schweiz ein höheres Maß an Statusinkonsistenz an. Das gilt insbesondere für die Statuskonfiguration der Männer; in abgeschwächter Form auch für die der Frauen<sup>53</sup>. Wandlungsprozesse sozialer Ungleichheit in anderen industrialisierten Gesellschaften haben ebenfalls die empirisch belegte Konsequenz, dass „kaum ein Individuum sich durchgängig in positiven oder negativen Positionen bewegt, sondern die typische Konfiguration ist ein Nebeneinander von Privilegien und Deprivationen“<sup>54</sup>.

Auf der Basis dieser Entwicklungstrends, die die bislang unterstellte Statuskristallisation des Schichtensystem immer fragwürdiger machen, erscheint es ratsam, ein Ordnungsmodell sozialer Ungleichheit auch in die sozialepidemiologische Forschung einzubringen, das von der Vorstellung deutlich hierarchisch geordneter Sozialschichten abrückt und *gruppenspezifische Bündelungen typischer Konstellationen ungleicher Lebensbedingungen* in den Mittelpunkt der Analyse rückt. „Nicht die Verteilung von Ressourcen und ihren graduellen Ausprägungen über die gesamte Bevölkerung, sondern die spezifische Kombination struktureller, jeweils vorteilhafter oder nachteiliger Lebensbedingungen in bestimmten Bevölkerungskreisen bildet den Kern dieser „Modell“-Vorstellungen“<sup>40</sup>.

Diese Bündelung ungleicher Lebensbedingungen zu *Soziallagen*, die sich an „alten“ und „neuen“ Dimensionen sozialer Ungleichheit orientiert, impliziert nun nicht notwendig die Vorstellung eines streng hierarchisch geordneten Gesamtgefüges sozialer Ungleichheit<sup>22</sup>. Schon das erwähnte sehr elaborierte Geiger'sche Schichtenmodell bricht mit dem üblichen vertikalen Denkschema übereinander gelagerter Schichten, in dem in ihm auch nebeneinanderliegende Soziallagen Berücksichtigung finden<sup>34</sup>.

Mit Hilfe des vorgeschlagenen Modells gruppenspezifischer Bündelung typischer Konstellationen ungleicher Lebensbedingungen lassen sich auch bei Berücksichtigung der Kernstruktur sozialer Ungleichheit sehr viel differenziertere Soziallagen abbilden als das mit dem Schichtenkonstrukt möglich ist, z. B.:

- verheiratete ungelernete Arbeiter mit niedrigerem Bildungsniveau, relativ hohem Einkommen, aber hohem Arbeitsplatzrisiko, die in Wechselschicht unter belastenden Bedingungen arbeiten, in Regionen mit schlechter Infrastrukturausstattung wohnen, deren Kinder in der Ausbildung sich befinden und deren Frauen nicht berufstätig sind
- alleinlebende Frauen über 65 mit geringem Bildungsniveau, die nicht berufstätig waren und unter unzureichenden Versorgungs- und Wohnbedingungen in Großstädten leben.

Die beispielhaft angeführten beiden Soziallagen machen deutlich, daß in sie auch sogenannte „horizontale Disparitäten“<sup>55</sup> wie Alter, Geschlecht, Geburtszeitraum, Familienstand und Region eingehen, die sich nicht bruchlos in das Denkmodell einer hierarchischen, vertikal strukturierten Gesellschaft einfügen, gleichwohl aber die Betroffenheit der Menschen von ungleichen Lebensbedingungen (Hradil<sup>22</sup> bezeichnet sie als „objektiv intervenierende Faktoren“).

Eine immer differenziertere Erfassung von immer mehr Aspekten ungleicher Lebensbedingungen, von der immer kleiner werdende Bevölkerungs-

gruppen betroffen wären, könnte schließlich zu der absurden Konsequenz einer totalen „Individualisierung“ sozialer Ungleichheitslagen führen, in der *gemeinsame* Betroffenheit nicht mehr feststellbar wäre. Ein solches Vorgehen brächte – wie Geiger<sup>56</sup> schon sehr deutlich sah – „keinerlei Ordnung in die Fülle der Erscheinungen, sondern spiegelte nur fotografisch getreu die Unordnung der Wirklichkeit“. Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet die hier vorgeschlagene gruppenspezifische Bündelung *typischer*, also „schicksalsbestimmender“<sup>56</sup> Dimensionen ungleicher Lebensbedingungen bei gleichzeitiger Beachtung sie variierender horizontaler Disparitäten. So entgeht man auch der Gefahr einer unzulässigen Vermischung sozialer Ungleichheit und sozialer Differenzierung, wie sie in dem von Bertram<sup>19</sup> vorgeschlagenen vieldimensionalen Sozialstrukturenmodell zur Analyse von Sozialisationsprozessen aufscheint und zu recht kritisiert wurde<sup>57</sup>.

Soziallagen und sie präzisierende „objektive“ intervenierende Faktoren bündeln Gruppen von Menschen nach der Homogenität ihrer strukturellen Lebensbedingungen. Sie unterstellen nicht eine wirklichkeitsferne Konsistenz der einzelnen Ungleichheitsdimensionen wie die traditionellen Schichtenmodelle, sondern ihre Berücksichtigung von Konstellationen ungleicher Lebensbedingungen ermöglicht die gleichzeitige Einbeziehung von begünstigenden und benachteiligenden Lebensbedingungen, wobei die Effekte der erfaßten Dimensionen sozialer Ungleichheit von ihrer jeweiligen Konstellation mit anderen Dimensionen abhängen (z. B. Hochqualifizierte wird die Unsicherheit des Beschäftigungsverhältnisses weniger belasten als Unqualifizierte!<sup>22</sup>).

### Mesoebene: Soziale Kontexte

Die Arbeiten der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung, in denen die soziale Schichtzugehörigkeit mit der Individualebene unmittelbar verknüpft wird, erlauben keine Aussagen über die *Wirkungsweise* ungleicher Lebensbedingungen auf Gesundheit und Lebenserwartung einzelner Menschen oder bestimmter Teilpopulationen.

Die Ursachen für dieses Defizit liegen in der weitgehenden Vernachlässigung sozialer Kontexte wie Partnerbeziehungen, Familien, Peer-groups, beruflichen Arbeitsverhältnissen etc., in denen das alltägliche Leben von Menschen sich abspielt und über die strukturell vermittelte ungleiche Vorgabe erst ihre Wirkung entfalten. Mit der Berücksichtigung dieser sozialen Lagen und individuelle Gesundheit/Lebenserwartung verknüpfenden Analyseebene in der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung ist zu erwarten, daß der Brückenschlag von der Makro- zur Individualebene gelingt und dass ihre korrelativen Befunde einer kausalen Interpretation zugänglicher werden.

Das analytische Werkzeug zur Erfassung der von sozialen Kontexten ausgehenden Wirkung auf Gesundheit/Lebenserwartung liegt mit dem modernen, relativ elaborierten *Belastungs- und Ressourcenkonzept* bereit.

Bei der Systematisierung von *Belastungen* bieten sich die bekannten Unterscheidungen von kritischen Lebensereignissen, Dauerbelastungen und kleineren Arbeitsbelastungen an. Vor allem die Untersuchung von Lebensereignissen, die sich in den letzten 25 Jahren zu einer voluminösen eigenen Forschungsrichtung entwickelt hat, wurde von einer zentralen Frage der Sozialepidemiologie nach den sozialen Bedingungen für die Entwicklung und Chronifizierung psychischer Störungen stimuliert. Die Lebensereignisforschung wurde fast zu einer Modeströmung innerhalb der Belastungsforschung mit vor allem klinisch-psychologischen und psychiatrischen Fragestellungen, wobei die in einem bestimmten Zeitabschnitt kumulierte Erfahrung von Lebensereignissen zu Kriterien physischer und psychischer Störungen in Beziehung gesetzt wurde.

Vor allem für psychische Störungen (Depressivität, akute Schizophrenie, Neurosen) dokumentieren eine Fülle von Untersuchungen einen Zusammenhang zu kritischen Lebensereignissen (zusammenfassend: <sup>58–62</sup>). Auch für somatische bzw. psychosomatische Krankheiten des Herz-Kreislauf-Bereichs und für Krebs liegen empirische Evidenzen für die verursachende Bedeutung von Lebensereignissen vor (zusammenfassend: <sup>55,61,62</sup>). Dabei wird eine relativ unspezifische Wirkung von Lebensereignissen auf verschiedene Krankheiten angenommen, wobei sowohl physische als auch psychische Störungen als mögliche Reaktionen auf gleiche Belastungen interpretiert werden.

Die geschätzte aufgeklärte Varianz für das durch kritische Lebensereignisse ausgelöste Krankheitsgeschehen reicht dabei von gut 1% <sup>63</sup> bis maximal 9% <sup>62</sup>.

Als Reaktion auf diese relativ enttäuschende Varianzausbeute und auf die zunehmende methodische und inhaltliche Kritik an der Lebensereignisforschung <sup>62–67</sup> finden ab Ende der 70iger Jahre stärker *alltägliche Belastungen* im Bereich der Partnerbeziehungen, der Familie, der Berufsarbeit etc. Beachtung <sup>64,65,68–70</sup>, die bislang wegen der primären Konzentration auf kritische Lebensereignisse in den Hintergrund gedrängt wurden.

Grundgedanke dieser alltäglichen Belastungsbedingungen als *Dauerbelastungen* („chronic strains“, „persistent life strains“, „role-strains“) und *kleinere Alltagsbelastungen* („daily hassles“, „minor life events“) konzeptualisierenden Forschungsrichtung ist, daß diese Belastungen zumindest gleich viel oder sogar weit mehr (z. B. <sup>68</sup>) zur Aufklärung physischer und psychischer Störungen beitragen als „unusual problems impinging on exceptional people in rare situations“ <sup>68</sup>.

Für die Gesundheitsrelevanz chronischer Alltagsbelastungen gibt es zwar empirische Evidenzen<sup>62,69</sup>, aber insgesamt ist der theoretische, methodische und empirische Status dieser von allem die sozialegpidemiologischen Ungleichheitsforschung potentiell befruchtenden Forschungsrichtung relativ unterentwickelt. Um diese Defizite abzubauen, ist in Longitudinalstudien vor allem der Frage nachzugehen, wie und in welchem Umfang kritische Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit oder Verwitwung chronische Dauerbelastungen und Irritationen des Alltagshandelns erst hervorrufen und wie chronische Belastungen in einem Lebenskontext auf andere Lebenskontexte sich auswirken.

In den meisten Belastungsstudien wird Streß als Individualvariable behandelt<sup>62</sup>, d.h. es wird eine zufallsgesteuerte individuelle Verteilung von Belastungen unterstellt. Nun liegen aber empirische Untersuchungen darüber vor, daß Belastungen von sozialstrukturellen Bedingungen wie soziale Schicht, Geschlecht und Alter abhängig sind. Für unsere Analyse ist vor allem der Nachweis einer schichtabhängigen Exposition gegenüber Belastungen bedeutsam. Sowohl kritische Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit, Scheidung, Krankheit und Tod (sog. „non-normative events“, vgl.<sup>69</sup>) als auch chronische Rollenbelastungen im Bereich beruflicher Arbeit, in den Partner- und Familienbeziehungen nehmen in modernen Gesellschaften von oberen zu unteren Sozillagen zu<sup>69,71–76</sup>. Waltz<sup>76</sup> sieht hier sogar eine lineare Beziehung.

Die Konzentrationen sozialegpidemiologischer Forschung auf die aus den Lebenszusammenhängen von Menschen resultierenden Belastungen seit Beginn der 70iger Jahre hat allerdings zu einer zunehmenden Abkopplung der auf sie Einfluß nehmenden sozialstrukturellen Bedingungen geführt. Dieser Reduktionismus ist vielfach kritisiert worden<sup>16,74,77</sup>. Insgesamt ermutigen aber die Erträge dieser Forschungsrichtung dazu – wie vorgeschlagen –, Belastungen (in integrativer Verknüpfung mit Ressourcen) in verschiedenen Lebensbereichen als zwischen Makro- und Individualebene vermittelndem Brückenkonzept anzusehen. Mit dem Nachweis einer Sozillageabhängigkeit von Belastungen ist keineswegs die Frage nach der *Wirkungsweise* unterschiedlicher sozialer Lagen auf Belastungsart, -quantum und -intensität in verschiedenen Lebensbereichen beantwortet. Hier liegt noch ein weites Feld für künftige sozialegpidemiologische Forschung.

Das Belastungskonzept stellt ein korrigierendes Gegengewicht zu allen Formen des biomedizinischen und psychologischen Reduktionismus dar, der die Hauptursachen individuellen Leids in personalen (genetischen und erworbenen Faktoren) sieht (ähnlich<sup>16</sup>).

Doch das Belastungskonzept ist seinerseits dem Reduktionismusvorwurf ausgesetzt, wenn bei der Analyse von Belastungen und ihren Auswirkungen

die Rolle von *Bewältigungsressourcen* ausgeblendet wird. Denn eine ausschließlich an Belastungen orientierte Analyse ist gegenüber dem Faktum ratlos, daß identische Belastungsquanten sehr unterschiedliche individuelle Reaktionen nach sich ziehen können. So reicht das Reaktionsspektrum bei Erwerbslosigkeit von einer Erleichterung über die Entlastung von physischen und psychischen Zwängen der bisherigen Tätigkeit, die sogar als Chance eines Neuanfangs und individueller Weiterentwicklung interpretiert wird, bis hin zu physischen und psychischen Verelendungserscheinungen wie Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Apathie und Depression, die sich bei vergeblichen Reintegrationsbemühungen in den Arbeitsprozess einstellen können<sup>78</sup>. Dieser in der einschlägigen Belastungsliteratur immer wieder betonte Tatbestand führt zur Frage nach den Belastungen moderierenden oder kompensierenden Bedingungen.

Erst die *integrative Verknüpfung des Belastungs- mit dem Ressourcenkonzept*, das sowohl die sozialen Unterstützungsleistungen als eine Funktion sozialer Netzwerke als auch die – von ihnen beeinflussten – lebensgeschichtlich ausgeformten personalen Ressourcen in den Mittelpunkt rückt (s. Kap. 4), eröffnet eine Perspektive, die der Komplexität dieser Analyseebene gerecht wird.

Für die Wirkung der aus sozialen Netzwerkbeziehungen resultierenden (im wesentlichen) instrumentellen und emotionalen Unterstützungsleistungen auf Gesundheit und Lebenserwartung gibt es eine Fülle empirischer Belege<sup>79–89</sup>. Die Effekte sozialer Unterstützung variieren dabei mit der jeweilig untersuchten abhängigen Variable (psychische oder physische Gesundheit, Mortalität), mit der Operationalisierung der unabhängigen (soziale Unterstützung) und abhängigen Variablen, mit der Quelle (Lebenspartner, Familie, Verwandte, Arbeitskollegen etc.), dem Inhalt (emotionale, instrumentelle etc. Unterstützung), der Quantität und Qualität, der tatsächlich erhaltenen oder subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung, mit Merkmalen der untersuchten Population (vor allem sozialer Status, Alter und Geschlecht) und dem situativen Kontext der Studien (werden kritische Lebensereignisse oder Alltagsbelastungen oder beides untersucht?<sup>89</sup>).

Auf der Basis einer gründlichen Metaanalyse von 70 empirischen Originalarbeiten über den Einfluß sozialer Unterstützung auf Depression ermitteln Schwarzer und Leppin<sup>89</sup> eine gewogene mittlere Effektgröße von  $r = - .22$ . Wie zu erwarten, liefern intime Lebenspartner den besten Schutz gegen Depressionen ( $r = - .42$ ), gefolgt von der Familie ( $r = - .26$ ), Freunden ( $r = - .26$ ) und Arbeitskollegen ( $r = - .17$ ).

Um die Bedeutung sozialer Unterstützung auch für die körperliche Gesundheit zu ermitteln, unterziehen Schwarzer und Leppin<sup>55</sup> empirische Originalarbeiten einer Metaanalyse mit dem überraschen-

den Ergebnis, daß sich nach dem heutigen Stand der Forschung kein nennenswerter Zusammenhang zwischen physischer Gesundheit und sozialer Unterstützung nachweisen läßt: Die gewogene mittlere Effektgröße liegt mit  $r = -.06$  nahe bei Null. Bei der Trennung nach verschiedenen Quellen von sozialer Unterstützung ergibt sich der Befund, daß zwischen physischer Gesundheit und Unterstützung durch Lebenspartner kein Zusammenhang besteht ( $r = +.01$ ), wo hingegen der Unterstützungseffekt durch Familienmitglieder mit  $r = -.15$  ermittelt wird. Soziale Unterstützung (vor allem emotionale) scheint insgesamt für die physische Gesundheit von Frauen ( $r = -.13$ ) bedeutsamer als für die der Männer ( $r = -.02$ ) zu sein.

Für die hier verfolgte Argumentation ist der Nachweis einer Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und der Quantität und Qualität sozialer Unterstützungsleistungen wichtig: Kontakt zu Freunden und Verwandten, Mitgliedschaft und Partizipation in Organisationen, aber auch die Unterstützung durch den Partner, nehmen in höheren sozialen Schichten zu<sup>58, 72, 74, 76, 80, 90–94</sup>. Wie allerdings die soziale Lage auf soziale Unterstützungspotentiale im einzelnen Einfluß nimmt, bedarf der genaueren empirischen Erkundung ebenso wie der Übertragbarkeit dieser aus angelsächsischen Studien stammenden Belege auf deutsche Verhältnisse.

### Mikroebene: Persönlichkeit und Organismus

Auch eine Bilanzierung von Belastungen und sozialen Ressourcen in den zentralen Handlungskontexten einer Person ist noch nicht hinreichend, um aus ihrer jeweiligen Konfiguration valide Aussagen über mögliche pathogene oder salutogene Effekte abzuleiten. Notwendig ist die Einbeziehung der *Person* in das Kausalmodell und die Beantwortung der Frage, welche personalen Ressourcen mobilisiert werden können und welche intrapsychischen und intraphysischen Prozesse bei der Konfrontation mit situativen Belastungen ausgelöst werden. In der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung wird dieser Analyseebene gewöhnlich gar keine oder nur randständige Bedeutung beigemessen. Sie orientiert sich immer noch an einem behavioristischen Menschenbild, das seinen Ausdruck in einem Modell mechanistischer Kausalität findet, in dem menschliche „Reaktionen“ als Ergebnis bestimmter Reizkonstellationen begriffen werden: der Mensch als passiver Stimulusempfänger.

Anders als in der diesem Paradigma noch verhafteten biologisch-physiologischen Stressforschung (vor allem Cannon and Selye), in der Stressreaktion als universelle, unspezifische Anpassungsreaktionen angesehen werden, wird vor allem im kognitiv-transaktionalen Ansatz von McGrath<sup>95</sup>, Lazarus (z. B.<sup>96</sup>) und Lazarus/Folkman<sup>97</sup> hervorgehoben,

daß die Entstehung gesundheitlicher Störungen von der *subjektiven Bedeutungseinschätzung und Verarbeitung objektiver situativer Rahmenbedingungen* abhängt. Stress und Stressbewältigung werden als transaktionaler Prozess konzeptualisiert, um sowohl das aktuelle dynamische Beziehungsgefüge zwischen Person und Situation als auch die Veränderung dieses Austausches über die Zeit hinweg zu erfassen<sup>96</sup>.

Nach dieser Konzeption ist psychischer Stress und damit die Gefahr der Entstehung gesundheitlicher Beeinträchtigungen dann gegeben, wenn eine spezifische Konstellation in der Transaktion zwischen Person und Umwelt eintritt: Aufgrund kognitiver Bewertungsprozesse nimmt die Person ein ihr emotionales Wohlbefinden beeinträchtigendes Missverhältnis zwischen den Anforderungen der Umwelt und den ihr zur Verfügung stehenden Bewältigungskapazitäten (Ressourcen) wahr<sup>97</sup>.

Kernbegriffe des Stressmodells von Lazarus sind:

- primäre kognitive Bewertung einer Transaktion mit der Umwelt (als irrelevant, positiv oder belastend). Einschätzungen als „belastend“ führen zu negativen getönten Emotionen wie Angst, Furcht, Ärger, Schuld, Neid, Eifersucht usw.
- die sekundäre Einschätzung, d. h. die Informationsgewinnung über persönliche und soziale Ressourcen (Coping-Optionen) und die Entscheidung für ein bestimmtes Bewältigungshandeln
- Bewältigungshandeln (Coping): Alle Anstrengungen einer Person, mit belastenden Situationen fertig zu werden. Dabei lassen sich drei Bewältigungsformen unterscheiden: bewertungs-, problem- und emotionsorientiertes Coping<sup>98</sup>.

Nach Auffassung von Lazarus ist das Konzept „Stress“ von weit geringerer Bedeutung für Anpassungsprozesse als das Konzept der „Bewältigung“. „Stress ist ein universelles Phänomen, ein unvermeidlicher Aspekt des alltäglichen Lebens, auch wenn manche Personen häufiger, intensiver und substantieller Stress erleben als andere. Der wesentliche Unterschied liegt jedoch in den Folgen von Stress, und diese werden durch die jeweiligen Bewältigungsstrategien erzeugt...“<sup>96</sup>. Mit dieser Akzentuierung des Bewältigungsprozesses dessen jeweiliger Ausgang neben der Einschätzung der Belastung von der unterschiedlichen Verfügung über soziale und personale Ressourcen bestimmt wird, kann Lazarus die interindividuell unterschiedlichen Folgen identischer Belastungen erklären. Personale Ressourcen bilden dabei in der angesprochenen Theorierichtung eindeutig den analytischen Schwerpunkt des Coping-Prozesses. Als Merkmale einer Person werden sie lebenslang ausgeformt, wobei sie eingebettet sind in eine genetisch determinierte psychische Konstitution<sup>96</sup>.

In der psychologischen Bewältigungsliteratur werden eine Reihe personaler Eigenschaften genannt,

von denen Effekte auf die Stressbewältigung ausgehen sollen. Die bedeutsamsten Konstrukte sind:

- external versus internal locus of control<sup>99</sup>
- gelernte Hilfslosigkeit<sup>100</sup>
- sense of mastery<sup>68</sup>
- Fatalismus versus Instrumentalismus<sup>101</sup>
- Demoralisierung<sup>102</sup>

Das Fehlen eines allgemein akzeptierten konzeptuellen Modells der Persönlichkeit führt zu einer ständigen Vermehrung solcher sich inhaltlich mehr oder weniger stark überschneidender Konstrukte. Alle genannten Merkmale unterschiedlicher Komplexität fokussieren auf die objektiv gegebene oder subjektiv eingeschätzte Möglichkeit einer Person, relevante Bedingungen und Tätigkeiten entsprechend eigener Ziele, Bedürfnisse und Interessen kontrollieren und beeinflussen zu können.

Verschiedene empirische Studien belegen die Relevanz dieser Coping-Ressourcen für den Bewältigungsprozess. So sind Personen mit externaler Kontrollüberzeugung durch belastende Lebensereignisse stärker betroffen als Menschen mit eher internaler Kontrollüberzeugung (zusammenfassend: 89). Wheaton<sup>101</sup> konnte den Nachweis erbringen, daß fatalistische Einstellungen die Coping-Anstrengungen in belastenden Situationen untergraben und damit die Anfälligkeit für psychische Störungen erhöhen. In einer Longitudinal-Untersuchung konnten Pearlin et al.<sup>103</sup> zeigen, dass „sense of mastery“ und „self-esteem“ eine Pufferwirkung bei kritischen Lebensereignissen ausüben und die psychische Gesundheit schützen. Dohrenwend et al.<sup>102</sup> berichten von einer signifikanten Beziehung zwischen dem Demoralisierungssyndrom (erworbene Disposition, die durch geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Fatalismus, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückte Grundstimmung charakterisiert wird) und klinisch auffällige Symptomen. Der Black-Report<sup>12</sup> sieht den Mangel an personaler Kontrolle über die Bedingung des eigenen Lebens als wichtige vermittelnde Variable zwischen niedriger Schichtposition und Krankheit an. In einem schwach ausgeprägten „sense of control“ vermutet Syme<sup>104</sup> eine signifikante Ursache für die höheren Morbiditäts- und Mortalitätsraten der sozialen Unterschicht.

Das jeweilige Arsenal und die Qualität personaler Ressourcen, die bei Belastungen und Krisen als Coping-Optionen zur Verfügung stehen, hängt ab von den lebensgeschichtlich durchlaufenen und aktuellen sozialen Beziehungen, den von ihnen ausgehenden Entwicklungsimpulsen oder Deprivationserfahrungen. Die nachgewiesene schichtspezifische Ausprägung vieler dieser Ressourcen<sup>12,92,99,102–104</sup> spricht für die Plausibilität dieser sozialisationstheoretischen Hypothese. Damit sind nicht nur die Belastungen ungleich auf Menschen verschiedener Soziallagen verteilt, sondern auch die Ressourcen mit ihnen fertig zu

werden. Menschen unterer Soziallagen sind somit in doppelter Weise benachteiligt. Zukünftige Forschungen sollten das Kontrollkonstrukt präzisieren und seine Abhängigkeit von schichtspezifisch variierenden Lebens- und Arbeitsbedingungen genauer herausarbeiten.

Der durch kognitive Bewertungen belastender Ereignisse in Gang gesetzte Prozess der Handlungssteuerung in dem Modell von Lazarus hat, wie dieser betont, „substantielle Auswirkungen auf körperliche Vorgänge...“<sup>96</sup>. Auf dieser Ebene des Modells bedarf es nun genauerer Kenntnisse darüber, wie das als belastend wahrgenommene Missverhältnis zwischen den Anforderungen der Umwelt und den Bewältigungskapazitäten die normalen Funktionszusammenhänge zwischen hormonellem Kreislauf, Nerven- und Immunsystem mehr oder weniger ausser Kraft setzt, die dann spezifische Krankheiten zur Folge haben. Die noch junge „Psycho-Immunologie“ versucht, diese Zusammenhänge zu erforschen.

#### Dynamisierung des Mehr-Ebenen-Modells

Das bislang diskutierte Modell für eine Neuorientierung sozialepidemiologischer Ungleichheitsforschung erfaßt *zeitpunktbezogene* gesundheitsrelevante Variablengruppen auf verschiedenen Ebenen einschließlich ihrer Beziehung zueinander. Diese statische Konzeptualisierung des Modells spart Veränderungen auf den einzelnen Ebenen und den Prozess des Umgehens mit ihnen theoretisch aus. Eine Dynamisierung dieser statischen Perspektive würde die prädiktive Kraft ungleicher Lebensbedingungen für Gesundheit und Lebenserwartung entscheidend verbessern und Fehlschlüsse vermeiden helfen.

Für die *makrostrukturelle Analyseebene* bedeutet das, neben einer sorgfältigeren zeitpunktbezogenen Bestandsaufnahme ungleicher Lebensbedingungen auch ihre *Entwicklung im Zeitverlauf* zu erfassen, da mit einer Änderung von Art, Höhe und Zusammensetzung der Ressourcen auch die individuellen Handlungsvoraussetzungen sich ändern. Die Dauer des Verharrens in bestimmten Soziallagen müsste also als eigenständiger Aspekt (etwa als „Ungleichheitsphasen“ unterschiedlicher zeitlicher Ausdehnung) Berücksichtigung finden<sup>105</sup>. Schreibt man schichtbezogene Krankheitsvolumina nur den jeweiligen aktuellen Lebensbedingungen zu, öffnet man Fehlschlüssen Tür und Tor. So konnte für Männer im Alter von 42 bis 60 Jahren in einer finnischen Studie der Nachweis erbracht werden, daß niedriger sozioökonomischer Status in der Kindheit die Prävalenz von Herz-Kreislauf-Krankheiten signifikant beeinflusst<sup>106</sup>. Wenn man die lange Entwicklungszeit vieler moderner Krankheiten in Rechnung stellt, dann erscheint es plausibel, dass Lebensbedingungen und mit ihnen in Bezie-

hung stehende Belastungen und Unterstützungspotentiale lange vor dem Manifestwerden einer Krankheit einen eigenständigen Beitrag zu ihrer Erklärung liefern. Diese können bis in die Kindheit zurückreichen<sup>107,108</sup>.

Vor allem bei der Untersuchung alter Menschen wird gewöhnlich eine Kontinuität der Lebenslage vom Erwerbsleben in den Ruhestand vorausgesetzt<sup>109</sup>. Diese „Statusverlängerung“ auf Lebensphasen ohne Erwerbstätigkeit ist auch für die sozialepidemiologische Ungleichheitsforschung im Alter besonders problematisch.

Auch die komplexen Wirkungs- und Rückwirkungsschleifen zwischen Belastung und Ressourcen auf der *Meso-Ebene* lassen sich nur aus diachroner Perspektive, also im Longitudinal-Design, freilegen. So kann für den in Querschnittsstudien von Probanden angegebener Unterstützungsumfang oder die Zufriedenheit damit von einer bereits vorher vorhandenen Symptomatik beeinflusst sein<sup>89,110</sup>. Vermutet werden kann auch, dass soziale Unterstützung häufig nicht eine unmittelbare protektive Wirkung in belastenden Situationen ausübt, wie in der „Puffer-Hypothese“ unterstellt wird. Die positive Wirkung als unterstützend wahrgenommener sozialer Beziehung kann auch über den Weg der Ausprägung und Stabilisierung des Selbstwertgefühls einer Person oder anderer personaler Ressourcen sich entfalten<sup>89</sup>.

Mit dem wichtigen Versuch, kurzfristige von langfristigen Folgen von Belastungserfahrungen für physische und psychische Funktionsabläufe zu erfassen, kann auch auf der *Mikro-Ebene* eine angemessene Dynamisierung der Perspektive erreicht werden. Im Querschnitt-Design organisierte Forschungen können darüber keine Auskunft geben. So sind z.B. viele psychische Störungen nur von kurzer Dauer und gerade dieser Zeitaspekt findet in den epidemiologischen Studien kaum Beachtung<sup>63</sup>. Auch die Wirkungsweise produktiver bzw. gescheiterter Krisenbewältigung auf den Umgang mit weiteren Belastungen<sup>16</sup> läßt sich nur im Längsschnitt-Design erforschen.

### Ausblick

Die hier entwickelten Konturen eines Mehrebenen-Prozess-Modells, das moderne Massenerkrankungen als Folge eines komplexen Zusammenwirkens sozialer, psychischer und somatischer Prozesse auf verschiedenen Ebenen interpretiert, könnte trotz seiner begrifflichen und theoretischen Defizite der künftigen sozialepidemiologischen Forschung Impulse geben mit dem Ziel, durch Intervention in die Lebensbedingungen identifizierbarer Risikopopulationen vermeidbare Krankheit und vermeidbares Sterben auch tatsächlich vermeidbar zu machen<sup>111</sup>.

### Zusammenfassung

Die sozialepidemiologische Ungleichheitsforschung, die sich mit der Beziehung zwischen sozialer Schicht und Krankheit/Lebenserwartung beschäftigt, begibt sich durch eine ausbleibende theoriegeleitete Konzeptualisierung der komplexen Kausalkette von sozialer Ungleichheit bis hin zum Individuum und durch die fehlende Ausdifferenzierung ihrer einzelnen Glieder erheblicher Erkenntnismöglichkeiten. Zur Behebung dieser Defizite wird ein hierarchisches Mehrebenen-Prozessmodell vorgeschlagen, in dem die Lage im System sozialer Ungleichheit (Makroebene) mit der Handlungsebene (Mesoebene) und diese wiederum mit der Individualebene (Persönlichkeit/Organismus) in verschiedenen Abschnitten des Lebenslaufs miteinander verknüpft werden.

### Résumé

#### **Inégalités sociales, risques de maladie et espérance de vie: Critique de la recherche concernant les inégalités socio-épidémiologiques**

La recherche concernant les inégalités socio-épidémiologiques est menée dans le but d'étudier les relations entre les couches sociales, la maladie et l'espérance de vie. Elle se prive de possibilités de connaissances supplémentaires par manque de concept théorique concernant l'enchaînement causal entre les inégalités sociales et leurs conséquences chez e'individu, d'une part, et par un manque de différenciation entre chaque élément de cette classe, d'autre part. Pour palier à ce défaut, nous proposons un modèle de processus hiérachique à plusieurs niveaux, qui permette de relier la position dans le système des inégalités sociales (dimension macro) avec le niveau d'action (dimension méso, surtout dans le contexte familial et professionnel). En outre, ces deux dimensions peuvent être reliées à leur tour avec celles de l'individu (dimension micro, soit la personnalité ou l'organisme) en fonction de ses différentes phases de vie.

### Summary

#### **Social inequality, risk of disease and life expectancy: An assessment of research in social epidemiology**

The inquiry of the association between social class and illness/life expectancy lacks as well on theory orientated conceptualization of the complex causal chain from social inequality to individual consequences as on differentiation of each of its links. In order to eliminate these deficits a hierachical multidimensional process model will be introduced, in which the position in the system of social inequality (macro dimension) is connected with the dimension of social action (meso dimension, esp. family and

professional context) and this again with the dimension of the individual (micro dimension: personality/organism) in different stages of the life course.

#### Literaturverzeichnis

- 1 Antonowsky A. Social class, life expectancy, and overall mortality. *Milband Memorial Fund Quarterly* 1967; 45: 31–73.
- 2 Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Social status and psychological disorder: A causal inquiry. New York: Wiley, 1974.
- 3 Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology. Part 1: Quasi-experimental evidence on the social causation-social selection issue posed by class differences. *American Journal of Community Psychology* 1981; 9:146–159.
- 4 Syme SW, Berkman WF. Social class, susceptibility and sickness. *Am J Epidemiol* 1976; 104:1–8.
- 5 Wheaton B. The sociogenesis of psychological disorder: Reexamining the causal issues with longitudinal data. *Am Sociol Rev*; 1978; 43:383–403.
- 6 Haan MN. Socio-economic position and health: a review. Human Populatin Laboratory, California State Dept. of Health, hektogr. Manuskript; 1985.
- 7 Marmot MG, McDowall ME. Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet* 1986; 2:274–276.
- 8 Wilkinson R. Class and health. Research and longitudinal data. London: Routledge 1986.
- 9 Dutton DB. Social class, health, and illness. In: Ph. Brown (ed.) *Perspectives in Medical Sociology*. Belmont: Wadsworth Publ. Comp. 1989:23–46.
- 10 Dohrenwend BP. Soziokulturelle und sozialpsychologische Faktoren in der Entstehung psychischer Störungen. In: H. Katschnig (Hrsg.) *Sozialer Streß und psychische Erkrankung*; München, Certan u. Schwarzenberg 1980:125–158.
- 11 Dohrenwend BP. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issues still compelling? In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; Springer 1990:41–47.
- 12 *Inequalities in Health*. The Black Report. Ed. by Townsend P, Davidson N. The Health Divide. Whitehead M; 1990.
- 13 Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Ann Rev Public Health* 1987; 8:111–135.
- 14 Dohrenwend BP. Social class and mental disorder: The stress/selection issue. In: M.C. Angermeyer. Ed. *From Social Class to Social Stress*. Berlin usw.: Springer 1987:106–116.
- 15 Gleiss J. Psychische Störungen und Lebenspraxis. Entwurf einer psychologischen Theorie sozialer Epidemiologie. Weinheim: Beltz, 1980.
- 16 Keupp H. Sozialisation durch psychosoziale Praxis. In: Hurrelmann K, Ulich D. Hrgs. *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim: Beltz, 1991:467–491.
- 17 Kohn ML. Class and conformity. A study in values. Homewood. Dorsey Press, 1969.
- 18 Grüneisen V, Hoff E-H. Familienerziehung und Lebenssituation. Der Einfluß von Lebensbedingungen und Arbeitserfahrungen auf Erziehungseinstellungen und Erziehungsverhalten von Eltern. Weinheim: Beltz, 1977.
- 19 Bertram H. Gesellschaft, Familie und moralisches Urteil. Weinheim: Beltz, 1978.
- 20 Steinkamp G, Stief WH. Lebensbedingungen und Sozialisation. Die Abhängigkeit von Sozialisationsprozessen in der Familie von ihrer Stellung im Verteilungssystem ökonomischer, sozialer und kultureller Ressourcen und Partizipationschancen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1978.
- 21 Steinkamp G. Sozialstruktur und Sozialisation. In: Hurrelmann K, Ulich D. *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*, 4. Weinheim: Beltz, 1991:251–277.
- 22 Hradil St. Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Leske und Budrich, 1987.
- 23 Miller JM, Roby PA. The future of inequality. New York u. London: Wiley, 1970.
- 24 Weber M. Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen: Mohr, 5. rev. Auflage, 1980.
- 25 Wiehn ER. Ungleichheit unter Menschen als soziologisches Problem. Konstanz: Universitätsverlag, 1973.
- 26 Dahrendorf R. Soziale Klassen und Klassenkonflikt in der industriellen Gesellschaft. Stuttgart: Enke, 1957.
- 27 Svalastoga K. Social Differentiation. New York: McKay, 1965.
- 28 Parsons T. A revised analytical approach to the theory of social stratification. *Parsons, Essays in sociological theory*. Glenco: The Free Press, 1964:386–439.
- 29 Runciman WG. Relative Deprivation and Social Justice. A Study of Attitudes to Social Inequality in Twentieth-Century England. London: Harmondsworth, 1966.
- 30 Runciman WG. Zu einer Theorie der sozialen Schichtung. In: Hörning KH. Hrsg. *Soziale Ungleichheit. Strukturen und Prozesse Sozialer Schichtung*. Darmstadt: Luchterhand, 1976:33–61.
- 31 Bêteille A. Social Inequality. Harmondsworth: Penguin Books Ltd., 1969.
- 32 Ingham GK. Social stratification: Individual attributes and social relationships. *Sociology* 1979; 4:105–113.
- 33 Hörning KH. Soziale Schichtung und soziale Mobilität: Entwicklungslinien. In: Lepsius MR. Hrsg. *Zwischenbilanz der Soziologie. Verhandlungen des 17. Deutschen Soziologentages 1976 in Kassel*. Stuttgart: Enke, 1976:181–201.
- 34 Geiger Th. Die soziale Schichtung des deutschen Volkes. Stuttgart: Enke, 1932.
- 35 Liberatos P, Link GG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988; 10.
- 36 Lepsius MR. Soziale Ungleichheit und Klassenstrukturen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Wehler HU Hrsg. *Klassen in der europäischen Sozialgeschichte*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1979:166–209.
- 37 Bertram H. Sozialstruktur und Sozialisation. Zur mikroanalytischen Analyse von Chancengleichheit. Darmstadt/Neuwied: Lucherhand, 1981.
- 38 Steinkamp G. Auf der Suche nach den sozialstrukturellen Bedingungen sozialen Handelns. *Ztschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 1983, 3:105–116.
- 39 Steinkamp G. Jugendbezogene Lebenslagenforschung als interdisziplinäre Mehrebenen-Analyse. In: Heitmeyer W. Hrsg. *Interdisziplinäre Jugendforschung*. einheim u. München: Jureta, 1986:133–154.
- 40 Hradil St. Die Ungleichheit der „Sozialen Lage“. In: Kreckel R. Hrsg. *Soziale Ungleichheiten*. Söttingen: Schwartz, 1983:101–118.
- 41 Steinkamp G. Klassen- und schichtenanalytische Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann K, Ulich D. Hrsg. *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim u. Basel: Beltz, 1980:253–284.
- 42 Neidhardt F. Schichtenspezifische Verhaltensdifferenzierung in der Bundesrepublik. In: Bolte KM, Kappe D, Neidhardt F. *Soziale Ungleichheit*. Opladen: Leske, 1974:117–140.
- 43 Dahrendorf R. Gesellschaft und Demokratie in Deutschland. München: dtv, 1971:86ff.
- 44 Beck U. Jenseits von Klasse und Stand? Soziale Ungleichheiten, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten. In: Kreckel R. Hrsg. *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz, 1983:35–74.
- 45 Beck U. Risikogesellschaft. Auf dem Wege in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp, 1986.

- 46 Kreckel R. Neue Ungleichheiten und alte Deutungsmuster. Über die Kritikresistenz des vertikalen Gesellschaftsmodells in der Soziologie. In: Giesen B, Haferkamp H. Hrsg. Soziologie der sozialen Ungleichheit. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1987:93–114.
- 47 Kreckel R. Hrsg. Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2. Göttingen: Schwartz, 1983.
- 48 Geißler R. Hrsg. Soziale Schichtung und Lebenschancen in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Enke, 1987.
- 49 Lepsius MR. Soziale Ungleichheit und Klassenstrukturen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Wehler HU. Hrsg. Klassen in der europäischen Sozialgeschichte. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1979.
- 50 Hradil St. Sozialisationsmilieus. Neue theoretische Konzepte und empirische Vorgehensweisen jenseits sozialstruktureller und sozialökologischer Sozialisationsforschung. Referat auf der Frühjahrstagung der DSS-Sektion: Familien- und Jugendsoziologie, 14./15. 4. 1989 Bamberg.
- 51 Offe K. Arbeit als soziologische Schlüsselkategorie? In: Matthes J. Hrsg. Krise der Arbeitsgesellschaft? Frankfurt: Campus, 1983:38–65.
- 52 Zapf W. et al. Individualisierung und Sicherheit. Untersuchungen über Lebensqualität in der BRD. München: Beck, 1987.
- 53 Buchmann M. Soziale Schichtung im Wandel. Zur Differenzierung sozialer Ungleichheit in der Schweiz. In: Bornschier V. Hrsg. Das Ende der sozialen Schichtung? Zürich: Seismo, 1991:215–231.
- 54 Sonderforschungsbereich 3. Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik. Bericht über die Forschungstätigkeit in der zweiten Forschungsphase 1982–1984. Frankfurt 1984.
- 55 Bergmann J. et al. Herrschaft, Klassenverhältnis und Schichtung. In: Adorno Th. Hrsg. Spätkapitalismus oder Industriegesellschaft? Stuttgart: Enke, 1969.
- 56 Geiger Th. Schichtung. In: Bernsdorf W, Bülow F. Hrsg. Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: Enke.
- 57 Rosenbaum H. Die Konzeption der Sozialstruktur in der schichtenspezifischen Sozialisationsforschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1983; 35:41–58.
- 58 Brown GW, Harris T. Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock, 1978.
- 59 Kasl SV. Pursuing the link between stressful life experiences and disease: a time for reappraisal. In: Copper CL. ed. Stress research: issues for the eighties. New York: Wiley, 1983: 79–102.
- 60 Thoits PA. Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. In: Kaplan HB. ed. Psychosocial stress: trends in theory and research. New York: Academic Press, 1983:33–103.
- 61 Brown GW, Harris TO. Life events and illness. New York: Guilford Press, 1989.
- 62 Williams DR, House JS. Stress, social support, control and coping: a social epidemiological view. In: Badura B, Kickbusch J. eds. Health promotion research. Towards a new social epidemiology Copenhagen: WHO Regional Publications, 1991 (European series no. 37):147–172.
- 63 Katschnig H. Hrsg. Sozialer Streß und psychische Erkrankung. Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen? München: Urban & Schwarzenberg, 1980.
- 64 Kanner AD, Coyne JC, Schaefer C, Lazarus RS. Comparison of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. J Behav Med 1981; 4:1–39.
- 65 De Longis A, Coyne JC, Dakhof D, Folkman S, Lazarus RS. Relationship of daily hassles uplifts, and major life events to health status. Health Psychology 1982; 1:119–136.
- 66 Faltermaier T. Notwendigkeit einer sozialwissenschaftlichen Belastungskonzeption. In: Brüderl L. Hrsg. Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung, Weinheim u. München: Juventa, 1988:46–62.
- 67 Weber H, Knapp-Glatzel B. Alltagsbelastungen. In: Brüderl L. Hrsg. Belastende Lebenssituationen. Untersuchungen zur Bewältigungs- u. Entwicklungsforschung. Weinheim u. München: Juventa, 1988:140–157.
- 68 Pearlin L, Schooler C. The structure of coping. J Health Social Behavior 1978; 19:2–21.
- 69 Pearlin LJ, Lieberman MA. Social sources of emotional distress. In: Simmons R. Ed. Research in Community and Mental Health. Greenwich: JAJ Press, 1979; Vol. 1:217–248.
- 70 Pearlin LJ, Turner HA. The family as a context of the stress process. In: Kasl StV, Cooper CL. Hrsg. Stress and Health: Issues in Research Methodology. New York: Wiley 1987:143–165.
- 71 Dohrenwend G, Dohrenwend BS. Class and race as status-related sources of stress. In: Levine S, Scotch N. eds. Social Stress, Chicago: Aldine, 1970:111–140.
- 72 Dohrenwend BS. Social status and stressful life events. J Personality Social Psychol 1973; 28:225–235.
- 73 Meyers JK, Lindenthal JJ, Pepper MP, Ostrander DR. Social class, life events and psychiatric symptoms: a longitudinal study. In: Dohrenwend BS, Dohrenwend BP. Eds. Stressful Life Events: Their Nature and Effects. New York: Wiley 1974:191–206.
- 74 Liem R, Liem J. Social class and mental illness reconsidered: The role of economic stress and social support. J Health Social Behavior 1978; 19:139–156.
- 75 Kaplan H. Social psychology of disease. In: Freeman HE, Levine S, Reeder LG. Eds. Handbook of Medical Sociology. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1979 (3. Auflage): 53–70.
- 76 Waltz EM. Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit – ein Überblick über die empirische Literatur. In: Badura B. Hrsg. Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankf./M: Suhrkamp, 1981:40–119.
- 77 Angermeyer MC, Klusmann D. From social class to social stress: New developments in psychiatric epidemiology. In: Angermeyer MC. Eds. From Social Class to Social Stress. Berlin: Springer, 1987:2–13.
- 78 Steinkamp G, Meier B. Auswirkungen elterlicher Erwerbslosigkeit auf Lebensperspektiven und soziale Karrieren von Kindern und Jugendlichen. Schweiz Ztschrift Soziologie, 1985; 11:265–278.
- 79 Badura B. Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M: Suhrkamp, 1981.
- 80 Berkman LF, Breslow L. Health and ways of living. The Alameda County Study. New York: Oxford University Press, 1983.
- 81 Cohen S, Symne SL. Social support and health. New York: Academic Press, 1985.
- 82 Sarason JG, Sarason BR. Social support: Theory, research and applications. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1985.
- 83 Sauer WJ, Coward RT. Social support networks and the care of the elderly. New York: Springer, 1985.
- 84 Isacson SO, Janzon L. Social support: health and disease. Stockholm: Almqvist Wiksell, 1986.
- 85 Lin N, Dean A, Ensel W. Social support, life events, and depression. New York: Academic Press, 1986.
- 86 Nestmann F. Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin: de Gruyter, 1988.
- 87 Vaux A. Social Support. Theory, research and intervention. New York: Praeger, 1988.
- 88 Angermeyer MC, Klusmann D. Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin: Springer, 1989.
- 89 Schwarzer R, Leppin A. Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Göttingen: Hofgrefe, 1989.
- 90 Hollingshead AB, Redlich F. Social class and mental illness. A community study. New York: J. Wiley, 1958.

- 91 Lowenthal M, Haven C. Interaction and adaption: intimacy as a critical variable. *Am Sociol Rev* 1968; 33:20–30.
- 92 Kohn ML. The interaction of social class and other factors in the etiology of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1976; 133:177–180.
- 93 Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109:186–204.
- 94 Belle D. The impact of poverty on social networks and supports. *Marriage Family Rev* 1982; 5:89–103.
- 95 Mc Grath JE. A conceptual formulation for research on stress. New York: Holt, Rinehardt and Winston, 1970: 10–21.
- 96 Lazarus RS. Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma. In: Filipp SH. Hrsg. *Kritische Lebensereignisse*. München: Certan u. Schwarzenberg 1981:198–232.
- 97 Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
- 98 Moos RH. Coping: Konzepte und Meßverfahren. *Ztschrft psychosomatische Medizin Psychoanalyse*, 1988; 34:207–225.
- 99 Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966; 80:1–28.
- 100 Seligman MEP. Depression and learned helplessness. In: Friedman RJ, Katz MM. Eds. *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. New York: Wiley, 1974.
- 101 Wheaton B. The sociogenesis of psychological disorder. *J Health Social Behavior* 1980:100–124.
- 102 Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R. *Mental illness in the United States. Epidemiological estimates*. New York: Praeger, 1980.
- 103 Pearlin LI. et al. The stress process. *J Health Social Behavior* 1981; 22:337–356.
- 104 Syme SL. Control and health: a personal perspective. In: Steptoe A, Appels A. Ed. *Stress, personal control and health*. New York: Wiley, 1989.
- 105 Berger PA. Ungleichheitsphasen. Stabilität und Instabilität als Aspekte ungleicher Lebenslagen. In: Berger PA, Hradil St. Hrsg. *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile (Sonderband 7 der Sozialen Welt)*. Göttingen: Schwartz 1990:319–350.
- 106 Kaplan GA, Salonen JT. Socioeconomic conditions in childhood and ischaemic heart disease during middle age. *BMJ* 1990; 301:1121–1123.
- 107 Rose G, Marmot MG. Social class and coronary heart disease. *Brit Heart J*, 1981; 45:13–19.
- 108 Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death: Specific explanations of a general pattern? *Lancet* 1984;1003–1006.
- 109 Kohli M. Das Alter als Herausforderung für die Theorie sozialer Ungleichheit. In: Berger PA, Hradil St. Hrsg. *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile (Sonderband 7 der Sozialen Welt)*. Göttingen: Schwarz, 1990:387–406.
- 110 Schröder A, Schmitt B. Soziale Unterstützung. In: Brüderl L. Hrsg. *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. Weinheim u. München: Juventa, 1988:149–159.
- 111 Badura B, von Ferber Ch. Einwände gegen Uta Gerhardts und Hannes Friedrichs „Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens“. *Medizinische Soziologie, Jahrbuch* 4, 1985:128–142.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. G. Steinkamp  
Fakultät für Soziologie  
Universität Bielefeld  
Postfach 10 01 31  
D-33501 Bielefeld/Deutschland