

Wilfried Laubach¹, Jörg Schumacher², Andreas Mundt¹, Elmar Brähler¹

¹ *Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig*

² *Institut für Angewandte Psychologie, Universität Leipzig*

Sozialschicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätzung. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung*

Zusammenfassung

Der Zusammenhang zwischen einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko und der sozialen Schicht- bzw. Klassenzugehörigkeit ist in den letzten Jahren an einer grossen Zahl von Studien, auch im internationalen Bereich, bestätigt worden. Ungeklärt ist dabei die Frage, wie die objektive gesellschaftliche Situation zu individuellen Krankheitsprozessen führt. Zur Klärung dieser Frage wurde in einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung die Lebenszufriedenheit, Aspekte der Persönlichkeit, subjektive Körperbeschwerden und Einstellungen zur aktuellen Gesundheit an 2948 Personen erfragt. Bei fast allen Skalen der eingesetzten Instrumente fanden sich deutliche Schichtgradienten. Die Personen der unteren Sozialschicht zeigen eine geringere Lebenszufriedenheit, deutliche Unterschiede in der Persönlichkeit, mehr Körperbeschwerden, einen schlechteren Gesundheitszustand und sie waren der Überzeugung, selbst wenig für ihre Gesundheit tun zu können. Diese Selbsteinschätzungen weisen auf Prozesse hin, die vor der Manifestation einer körperlichen Erkrankung stehen. Sie können als Ausdruck für die psychische Auseinandersetzung der Personen mit ihrer sozialen Situation gewertet werden. Es wird dafür plädiert, im Rahmen der Analyse sozialer Ungleichheit und Krankheit neben soziologischen Theorien auch sozialpsychologische und stresstheoretische Theorien einzubeziehen. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Klärung der Schnittstelle zwischen Schichtungslagen bzw. Lebensbedingungen, Distresserfahrung, verfügbaren Bewältigungsressourcen und den individuellen Prozessen der Krankheitsentstehung.

Der Zusammenhang zwischen Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht und dem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ist in den letzten Jahren in verschiedenen Untersuchungen in den westlichen Industrienationen bestätigt worden. Wesentlich dabei ist, dass in der Regel ein Gefälle in der Verteilung des

Risikos bei Personen mit höherem im Vergleich zu Personen mit niedrigerem sozialen Status besteht¹⁻³. In jüngerer Zeit stellten Helmert, Maschewsky-Schneider und Mielck et al.⁴ ein deutlich höheres Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall bei Männern und Frauen niedrigerer Sozialschichten fest. Auch für

weitere Erkrankungen, wie z.B. rheumatische Erkrankungen, Bandscheibenschäden und chronische Bronchitis fanden Helmert⁵ signifikante Unterschiede in der selbst wahrgenommenen Morbidität für Personen der unteren und oberen Sozialschichten. Diese Zusammenhänge sind auch für andere Industrienationen belegt. Rose u. Marmot⁶ beschreiben z.B. für England und Wales ein deutlich höheres Todesrisiko durch Herzkrankheiten bei Männern der Unterschicht nach 1960. Für die USA fanden Gregorio et al.⁷ in einer Kohortenstudie einen signifikanten Unterschied in der Mortalität für Personen mit unterschiedlichem berufsbezogenen Sozialstatus. Chandola⁸ belegte die ungleiche Verteilung des Risikos für koronare Herzkrankheiten bei Personen mit unterschiedlichem beruflichen Status. Lynch et al.⁹ zeigten einen Zusammenhang zwischen Einkommensverteilung und Mortalität für verschiedene städtische Gebiete der USA auf. Als Ausgangspunkt entsprechender Forschungen kann in Westeuropa eine englische Studie in den 70er Jahren angesehen werden. Im sogenannten „Black Report“ konnte belegt werden, dass die

* Die Auswertung der Daten wurde finanziell durch die Hans-Böckler-Stiftung unterstützt.

Sterblichkeit, der Gesundheitszustand, der Nikotinkonsum und weitere gesundheitsbezogene Faktoren eindeutig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten gesellschaftlichen Schicht abhängen¹⁰. Es fanden sich auch deutliche Unterschiede im Umgang mit Krankheit. Die Personen, deren Anfälligkeit, bzw. Gefährdung am grössten ist, nehmen den Gesundheitsdienst am wenigsten in Anspruch. Im Rückblick auf den „Black Report“ stellt Macintyre¹¹ jedoch fest, dass die Interpretationen der Ergebnisse weit hinter den Möglichkeiten zurückblieben und sich demzufolge kaum grundlegende Konsequenzen und Veränderungen im britischen Gesundheitswesen ergeben haben.

Die nähere Betrachtung dieser empirischen Untersuchungen macht jedoch auch deutlich, dass für eine Reihe von Fragen bislang keine ausreichende theoretische Klärung besteht. Zum ersten wird von sozialer Schicht, sozialem Status oder von Berufspositionen gesprochen, wobei jeweils unterschiedliche Schichtkonzepte eingehen können. In Grossbritannien und den USA wird synonym für den Begriff „Schicht“ in der Regel der Begriff „Klasse“ verwendet. Darüber hinaus sind die Indikatoren, mittels derer jeweils Zuordnungen von Personen zu bestimmten Schichten bzw. Sozialschichten vorgenommen werden, zum Teil unscharf und nicht ausreichend belegt. In der soziologischen Literatur der letzten Jahre zeigt sich bei der Analyse sozialer Ungleichheit ein Schwerpunkt unter dem Aspekt der sozialen Differenzierung: Im Mittelpunkt steht hierbei die Betrachtung einzelner horizontaler Schichtungslagen und ihrer typischen Merkmale. Dies entspricht den pluralistischen Entwicklungen in der Gesellschaft, in der sich aufgrund veränderter Werte und Orientierungen in verstärktem Masse Status-Inkonsistenzen entwickeln und sich Bevölkerungsgruppen

herausbilden, deren gemeinsame Merkmale über die klassischen Indikatoren vertikaler Schichtung wie Bildung, Beruf und Einkommen, hinausgehen¹². Dies wurde durch die Lebenslauf- und Biographieforschung ergänzt¹³. Mit Haller¹⁴ und Geissler¹⁵ stellt sich jedoch die Frage, ob die Entwicklung der horizontalen Differenzierung innerhalb der einzelnen Schichtungslagen auch zu einer Auflösung der vertikalen Schichtung führt. Im Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit bzw. der ungleichen Verteilung von Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken in einzelnen Bevölkerungsgruppen sind, wie der oben dargestellte Literaturüberblick zeigt, vor allem die klassischen Schichtindikatoren wie Einkommen, Bildung und Berufsstatus, von Bedeutung. Zum zweiten ist mit Mielck¹⁶ festzustellen, dass nach wie vor ungeklärt ist, wie es von der Ungleichheit auf sozialstruktureller Ebene zu individuellen Krankheitsprozessen kommt. In diesem Zusammenhang scheint es notwendig, auf der Ebene individueller Prozesse, also im mikrosoziologischen Bereich, Erkenntnisse und Konzepte der Sozialpsychologie bzw. der Medizin- und Gesundheitspsychologie aufzugreifen und in soziologische Konzepte zu integrieren. Beispielhaft wird dies bereits im Konzept der „Beruflichen Gratifikationskrisen“ von Siegrist^{17,18} umgesetzt. Es wird bei beruflichen Belastungen ein Spannungsfeld zwischen geringer bzw. grosser Autonomie in den Entscheidungen und den individuellen Reaktionsformen, die sich als Krankheit manifestieren können, analysiert. Dieses Konzept bezieht sich auf koronare Herzkrankheiten und konnte mittlerweile auch an einer Gruppe schwedischer Angestellter empirisch überprüft werden¹⁹. Auch Steinkamp^{20,21} greift diese Überlegungen auf und integriert in ein mehrdimensionales Konzept von sozialstruktureller Ungleichheit und Krankheit das

stresstheoretische Konzept von Lazarus^{22,23} das insbesondere auf die Prozesse der kognitiven Bewertung von Belastungen und der Einschätzung individueller Bewältigungskompetenzen abhebt. Dabei interpretiert er die grösseren sozialen, beruflichen und familiären Belastungen in unteren sozialen Schichten als einen Aspekt der Makro-Ebene, der sich auf der Mikroebene in einer gelingenden oder unzureichenden individuellen Verarbeitung äussert.

Zur Klärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit, gesundheitlichen Risiken und der Entstehung von individuellen Krankheitsprozessen wird in der nachfolgenden Untersuchung auch die Ebene individueller Verarbeitung und Bewältigung nach stress- bzw. copingtheoretischen Konzepten berücksichtigt. Krankheit ist als möglicher Endpunkt eines längeren Prozesses der individuellen Auseinandersetzung mit der sozialen Situation und mit den bestehenden Bewältigungsanforderungen zu sehen. Bevor jedoch Krankheitsanzeichen objektiv feststellbar sind, sind Veränderungen zu vermuten, die sich vor allem auch in kognitiven Prozessen der subjektiven Bewertung der Lebenssituation, im „Selbstkonzept“ bzw. in den Bewertungen der eigenen Person in Beziehung zu Personen der sozialen Umwelt, in den subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden und in den allgemeinen Einschätzungen des Gesundheitszustandes bzw. in gesundheitsbezogenen Einstellungen ausdrücken. Es ist zu erwarten, dass sich in diesen psychologischen Konstrukten deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der sozialen Schichtzugehörigkeit feststellen lassen.

Methodik

Die Daten der vorliegenden Untersuchung wurden im November 1994 im Rahmen einer bevölkerungs-

rungsrepräsentativen Befragung erhoben, an der insgesamt 2948 Personen zwischen 18 und 92 Jahren teilnahmen. Dabei handelte es sich um 1963 Bewohner der alten und 985 Bewohner der neuen Bundesländer. Weitere Angaben zu den soziodemographischen Merkmalen der Untersuchungspopulation sind Tabelle 1 zu entnehmen. Die Erhebung der Untersuchungsdaten erfolgte durch den Unabhängigen Service für Umfragen, Methoden und Analysen Berlin (USUMA) in Form einer Mehrthemenumfrage (je 210 Sample-Points in Ost- und Westdeutschland). Die in die Studie aufgenommenen Personen wurden von geschulten Interviewern zu Hause aufgesucht und dort befragt (Face-to-face-Interviews). Die Zufallsauswahl der Haushalte erfolgte nach dem Random-Route-Verfahren, wobei die im Haushalt zu befragende Zielperson ebenfalls nach dem Zufallsprinzip ermittelt wurde. Beim Vergleich der empirisch ermittelten Häufigkeitsverteilungen von Alter, Geschlecht und Einkommen mit den laut statistischem Jahrbuch zu erwartenden Häufigkeiten zeigte sich, dass die entsprechenden Prozentwerte in unserer Erhebung nur bis um maximal zwei Prozent von den zu erwartenden Werten abweichen. Neben soziodemographischen Merkmalen wurden in unserer Untersuchung eine Reihe psychologischer Variablen mittels Selbstbeurteilungsverfahren erfasst. Die einzelnen Fragebögen wurden den Probanden dabei während des Interviews zur Beantwortung vorgelegt. Im einzelnen handelte es sich dabei um die folgenden Untersuchungsinstrumente:

Der *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)* diente zur Erfassung der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. Unter dem Begriff der Lebenszufriedenheit verstehen wir dabei die individuelle kognitive Bewertung der vergangenen und gegenwärtigen Lebensbedingungen sowie der

Zukunftsperspektive, wobei die aktuelle Lebenssituation mit eigenen Lebenszielen, Wünschen und Plänen, aber auch mit der Situation anderer Menschen verglichen wird. Neben den acht ursprünglich von Fahrenberg et al.²⁴ konzipierten Skalen „Gesundheit“, „Arbeit und Beruf“, „Finanzielle Lage“, „Freizeit und Hobby“, „Ehe und Partnerschaft“, „Beziehung zu den Kindern“, „Eigene Person“ und „Sexualität“ umfasst der FLZ die beiden Bereiche „Soziale Integration“ und „Wohnung“. Jede der nunmehr 10 Subskalen des Fragebogens besteht aus sieben Items, welche auf einer siebenstufigen Ratingskala („sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“) beantwortet werden müssen. (Itembeispiele: „Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheiten bin ich...“, „Mit der Anerkennung, die mir meine Kinder entgegenbringen...“, „Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich...“, „Mit der Hilfe und Unterstützung durch Freunde und Verwandte bin ich...“). Neben der Erfassung der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit gestattet der FLZ die Abschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit, wobei diese als Summenwert über alle Lebensbereiche berechnet wird. Der FLZ kann als ein reliables Messverfahren angesehen werden. Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen sowie der Gesamtskala nehmen Werte zwischen $\alpha = 0,81$ und $\alpha = 0,96$ an. Die interne und externe Validität des Verfahrens ist ebenfalls empirisch bestätigt worden²⁵.

Der *Giessen-Test (GT)* von Beckmann et al.²⁶ diente in unserer Untersuchung der Erfassung von Selbstkonzeptmerkmalen. Das Verfahren besteht aus 40 bipolar formulierten Items (z.B. „Ich habe den Eindruck, ich bin eher geduldig ... ungeduldig“), die Fragen nach (a) emotionalen Befindlichkeiten wie Ängstlichkeit, Grundstimmung und Selbstkontrolle (b)

Ich-Qualitäten wie Introspektion, Phantasie, Durchlässigkeit u. a. (c) elementaren Merkmalen des sozialen Befindens wie Nähe, Abhängigkeit, Vertrauen u. a. sowie (d) sozialen Reaktionen und sozialer Resonanz umfassen und auf einer siebenstufigen Antwortskala nach ihrem Zutreffen beurteilt werden sollen. Die Selbstbeurteilung erfolgt dabei auf den Skalen „Soziale Resonanz“ (negativ sozial resonant vs. positiv sozial resonant), „Dominanz“ (dominant vs. gefügig), „Kontrolle“ (unterkontrolliert vs. zwanghaft), „Grundstimmung“ (hypomanisch vs. depressiv) und „Durchlässigkeit“ (durchlässig vs. retentiv)²⁷. Der GT gehört im deutschsprachigen Bereich zu den am häufigsten eingesetzten Persönlichkeitsfragebögen. Für den Gesamttest und für die Subskalen wurden in verschiedenen Untersuchungen befriedigende bis gute Reliabilitätskennwerte berichtet (Retestreliabilität zwischen $r = 0,65$ und $r = 0,76$ nach sechs Wochen, mittlere interne Konsistenz der Skalen von $r = 0,86$)²⁶.

Zur Erfassung von subjektiven Körperbeschwerden wurde in unserer Untersuchung der *Giessener Beschwerdebogen (GBB)* von Brähler und Scheer²⁸ in seiner 24 Items umfassenden Kurzform (GBB-24) eingesetzt. Die einzelnen Items des Verfahrens bezeichnen körperliche Symptome und Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Übelkeit), deren momentanes Vorliegen auf einer fünfstufigen Antwortskala mit den Ausprägungen „nicht“, „kaum“, „einigermaßen“, „erheblich“ und „stark“ eingeschätzt werden soll. Je sechs Items des GBB werden zu vier faktorenanalytisch gewonnenen Skalen zusammengefasst (Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden). Darüber hinaus lässt sich ein alle 24 Beschwerden umfassender Gesamtwert (Beschwerdedruck, Klagsamkeit) berechnen. Die Reliabilität des GBB ist gut belegt (Split-Half-Koeffizienten

	Gesamtgruppe (n = 2948)	West (n = 1963)	Ost (n = 985)
<i>Alter</i>			
M	47,4	47,1	47,9
SD	17,2	17,5	16,5
Spanne	18–92	18–92	18–92
<i>Geschlecht</i>			
männlich	1299 (44,1 %)	869 (44,3 %)	430 (43,7 %)
weiblich	1649 (55,9 %)	1094 (55,7 %)	555 (56,3 %)
<i>Schulabschluss</i>			
ohne Abschluss	136 (4,6 %)	92 (4,7 %)	44 (4,5 %)
Haupt./8. Klasse	1410 (47,8 %)	1071 (54,6 %)	339 (34,4 %)
mittl.Reife/Realschule, POS 10. Kl.	843 (28,6 %)	506 (25,8 %)	337 (34,2 %)
Fachschule, Abitur, Studium, andere Abschlüsse	559 (19,1 %)	294 (15,0 %)	265 (26,9 %)
<i>Berufsgruppen (bei Rentnern früherer Beruf)</i>			
ungelernte u. angelernte Arbeiter	375 (12,7 %)	242 (12,3 %)	133 (13,5 %)
Facharbeiter, ausf. Angestellte, einf. Beamte, kleine Selbständige u. Landwirte	1359 (46,1 %)	880 (44,8 %)	479 (48,6 %)
mittlere Angest., gehobene Beamte, mittlere Selbständige u. mittlere Landwirte	764 (25,9 %)	537 (27,4 %)	227 (23,0 %)
leitende Angest., höhere Beamte, grosse Selbständige u. Landwirte, freie Berufe	231 (7,8 %)	124 (6,3 %)	107 (10,9 %)
noch nie berufstätig	100 (3,4 %)	93 (4,7 %)	7 (0,7 %)
keine Angaben	119 (4,0 %)	87 (4,4 %)	32 (3,2 %)
<i>Äquivalenzeinkommen (pro Monat, Haushaltseinkommen gewichtet nach Personenzahl u. Alter)</i>			
< 1200 DM	775 (26,3 %)	317 (16,1 %)	458 (46,5 %)
1200 – unter 1650 DM	740 (25,1 %)	455 (23,2 %)	285 (28,9 %)
1650 – unter 2300 DM	694 (23,5 %)	553 (28,2 %)	141 (14,3 %)
> 2500 DM	625 (21,2 %)	568 (28,9 %)	57 (5,8 %)
keine Angaben	114 (3,9 %)	70 (3,6 %)	44 (4,5 %)
<i>Erwerbstätigkeit</i>			
Vollzeit (> 35 h/Woche)	1198 (40,6 %)	828 (42,2 %)	370 (37,6 %)
Teilzeit (15–34 h/Woche)	198 (6,7 %)	152 (7,7 %)	46 (4,7 %)
Teilzeit (< 15 h/Woche)	54 (1,8 %)	44 (2,2 %)	10 (1,0 %)
Wehr-/Zivild., Muttersch.	24 (0,8 %)	12 (0,6 %)	12 (1,2 %)
arbeitslos/0-Kurzarbeit	211 (7,2 %)	76 (3,9 %)	135 (13,7 %)
Rentner/Vorruhestand	768 (26,1 %)	413 (21,0 %)	355 (36,0 %)
in Schul-/Berufsausbild.	119 (4,0 %)	87 (4,4 %)	32 (3,2 %)
nicht berufstätig	376 (12,8 %)	351 (17,9 %)	25 (2,5 %)

Tabelle 1. Soziodemographische Merkmale der Untersuchungspopulation.

zwischen $r = 0,61$ und $r = 0,84$; interne Konsistenzen zwischen $r = 0,74$ bis $r = 0,95$)²⁸.

Neben den genannten Fragebogenverfahren wurden vier Einzelitems zu gesundheitsbezogenen Aspekten erhoben. Dabei handelte es sich um die *internale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung* („Man kann selbst sehr viel/viel/einiges/wenig/nichts tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten und zu verbessern.“), die *subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes* („Wie würden Sie ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“; fünfstufige Antwortskala von „sehr gut“ bis „schlecht“) und die erlebte *Behinderung* durch diesen (von „überhaupt nicht“ bis „sehr“) sowie die angenommene *Bedeutung seelischer Einflüsse auf die Gesundheit* („Wie stark wirken sich seelische Einflüsse auf die Gesundheit aus?“; fünfstufige Antwortskala von „sehr stark“ bis „gar nicht“).

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit dem Programmsystem SPSS für Windows 6.1. Zur Abschätzung des Einflusses der Schichtzugehörigkeit auf die unterschiedlichen psychologischen Variablen (Lebenszufriedenheit, Selbstkonzept, Beschwerden, gesundheitsbezogene Einstellungen und Kognitionen) berechneten wir einfaktorielle Varianzanalysen und zusätzliche Einzelgruppenvergleiche mittels des Scheffé-Tests. Um den differentiellen Beitrag der Schichtzugehörigkeit zur Vorhersage der genannten psychologischen Variablen im Kontext weiterer soziodemographischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Land bzw. Ost-West-Zugehörigkeit) abzuschätzen, berechneten wir darüber hinaus schrittweise multiple Regressionsanalysen (forward procedure), in welche die soziodemographischen Variablen als Prädiktoren und die einzelnen psychologischen Merkmale als Kriteriumsvariablen eingingen. Die Korrelationen zwischen der Prädiktorvariable Sozial-

schicht und dem Alter ($r = -0,18$), dem Geschlecht ($r = -0,09$) sowie dem Land (Ost – West, $r = 0,12$) sind zwar alle hochsignifikant, die praktische Bedeutung des Zusammenhangs ist jedoch gering und kann u.E. vernachlässigt werden.

Ergebnisse

Zuordnung der befragten Personen zu Schichtgruppen

Aufgrund der vorliegenden Literatur und der kritischen Gegenüberstellung der Konzepte zur „sozialen Differenzierung“ und der „sozialen Schichtung“ vor allem auch bei Haller¹⁴ und bei Geissler¹⁵ wurde in den Analysen der vorliegenden Daten auf das Schichtungskonzept zurückgegriffen. Die Schichtzuordnung der einzelnen Personen erfolgte unter Berücksichtigung der Variablen Schulbildung, Beruf bzw. berufliche Funktion und Äquivalenzeinkommen, wobei das Haushaltseinkommen durch die nach Alter gewichteten Haushaltspersonen geteilt wurde²⁹. Nach Bildung von jeweils 4 Kategorien für die 3 Variablen (vgl. Tabelle 1) wurde pro Person ein Mittelwert über alle 3 Variablen berechnet. Der so gebildete sozioökonomische Status der Personen nimmt Werte zwischen 1 und 4 ein (Mean: 2,46; SD: 0,67; Median: 2,33). Bei fehlenden Angaben zum Beruf der befragten Personen wurde der Beruf des Haushaltsvorstan-

des eingesetzt, bei fehlenden Angaben zum Beruf des Haushaltsvorstandes und des Familieneinkommens konnte anhand der Schulbildung eine Schichtzuordnung durchgeführt werden. In Tabelle 2 ist die Verteilung der befragten Personen auf 5 Schichtkategorien dargestellt.

Diese Schichtung zeigt eine starke Zentrierung im Bereich der unteren, mittleren und oberen Mitte, die jedoch weitgehend mit der „klassischen“ Schichteinteilung nach Bolte³⁰ übereinstimmt. Die drei mittleren Schichtgruppen machen zusammen nur 65,2% der Fälle aus, bei Bolte betragen sie 72%. Die Oberschicht ist dagegen mit 16,4% relativ stark vertreten. Die untere Schicht entspricht mit 18,5% der Fälle fast genau der Verteilung nach Bolte (17%).

Schichtspezifische Unterschiede in den erhobenen psychologischen Variablen

Um den Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Lebenszufriedenheit, die erhobenen Selbstkonzeptmerkmale, die Körperbeschwerden und die gesundheitsbezogenen Einstellungen abzuschätzen, berechneten wir einfaktorielle Varianzanalysen.

Für fast alle Fragebogenskalen zeigen sich durchgehend hochsignifikante F-Werte. Im Scheffé-Test sind die Mittelwerte der „unteren Schicht“ bzw. der „unteren Mitte“ für alle Skalen deutlich zu unter-

Schicht:	Gesamt (n = 2948)	West (n = 1963)	Ost (n = 985)
Untere Schicht	545 (18,5%)	309 (15,7%)	236 (24,0%)
Untere Mittelschicht	583 (19,8%)	342 (17,4%)	241 (24,5%)
Mittlere Mittelschicht	957 (32,5%)	684 (34,8%)	273 (27,7%)
Obere Mittelschicht	381 (12,9%)	275 (14,0%)	106 (10,8%)
Oberschicht	482 (16,4%)	353 (18,0%)	129 (13,1%)

Tabelle 2. Häufigkeiten für die Personengruppen nach Sozialschicht.

Variable	Unter- schicht (1)	Untere Mittel- schicht (2)	Mittl. Mitte (3)	Obere Mitte (4)	Ober- schicht (5)	F- Test	Scheffé- Test
FLZ 1: Gesundheit	5,14	5,29	5,55	5,57	5,68	22,97***	1, 2 < 3, 4, 5
FLZ 2: Arbeit u. Beruf	4,24	4,67	5,17	5,24	5,43	44,96***	1 < 2/1, 2 < 3, 4, 5/ 3 < 5
FLZ 3: Finanzielle Lage	4,32	4,60	5,03	5,11	5,22	53,48***	1 > 2/1, 2 > 3, 4, 5
FLZ 4: Freizeit u. Hobby	5,03	5,06	5,25	5,22	5,18	4,58**	1, 2 < 3
FLZ 5: Ehe u. Partnerschaft	5,41	5,62	5,70	5,61	5,79	6,88***	1 < 3, 5
FLZ 6: Beziehung zu Kindern	5,36	5,58	5,66	5,62	5,68	7,25***	1 < 2, 3, 4, 5
FLZ 7: Eigene Person	5,26	5,44	5,59	5,58	5,66	19,66***	1 < 2, 4/1, 2 < 3, 5
FLZ 8: Sexualität	4,66	4,86	5,07	5,07	5,18	18,53***	1 < 4/1, 2 < 3, 5
FLZ 9: Soziale Integration	5,14	5,27	5,35	5,34	5,40	7,43***	1 < 4, 3, 5
FLZ 10: Wohnung	5,24	5,39	5,45	5,45	5,50	5,22***	1 < 3, 4, 5
GT 1: Soziale Resonanz	26,44	27,61	27,96	27,86	29,06	16,08***	1 > 2, 3, 4, 5/ 2, 3, 4 < 5
GT 2: Dominanz	25,59	25,62	25,03	24,52	23,53	17,02***	1, 2 > 4, 5/3 > 5
GT 3: Kontrolle	26,45	27,35	27,29	27,41	28,30	9,36***	1 < 2, 3, 5/ 1, 2, 3 < 5
GT 4: Grundstimmung	24,27	24,02	23,82	23,87	23,24	3,47**	1 > 5
GT 5: Durchlässigkeit	22,68	22,49	21,91	21,71	21,24	6,56***	1, 2 > 5
GBB 1: Erschöpfung	5,03	4,74	4,09	4,30	3,70	8,78***	1, 2 > 5/1 > 3
GBB 2: Magenbeschwerden	3,08	3,04	2,61	2,55	2,45	4,30**	–
GBB 3: Gliederschmerzen	6,76	6,54	5,71	5,44	5,25	10,60***	1, 2 > 3, 4, 5
GBB 4: Herzbeschwerden	3,32	3,28	2,57	2,31	2,36	9,34***	1, 2 > 3, 4, 5
GBB 5: Beschwerdedruck	18,18	17,49	14,97	14,59	13,76	11,26***	1, 2 > 3, 4, 5
Internale Kontrolle der Gesundheit	2,38	2,20	2,11	2,07	1,90	20,04***	1, 2, 3 > 5/ 1 > 2, 3, 4
Subjektive Gesundheit	2,64	2,54	2,40	2,36	2,27	13,36***	1, 2 > 5/1 > 3, 4
Behinderung durch Gesundheitszustand	1,59	1,50	1,42	1,40	1,38	10,39***	1, 2 > 5/1 > 2, 3
Seel. Einfluss a. Gesundh.	2,78	2,84	2,76	2,68	2,67	n.s.	

Tabelle 3. Mittelwerte der Variablen für die Gruppen nach Sozialschicht. Signifikanz-Angaben nach Einweg-Varianzanalysen und Scheffé-Test (** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$).

scheiden von den Werten der „mittleren Mitte“, „oberen Mitte“ bzw. der „Oberschicht“. Es ist durchgängig ein Gradient in den Selbsteinschätzungen zu Lebenszufriedenheit, Selbstkonzept, Körperbeschwerden und Gesundheitsfragen für die Schichtgruppen festzustellen. Die Personen der unteren Sozialschichten sind deutlich weniger

zufrieden mit den einzelnen Bereichen ihres Lebens. Sie zeigen eine geringere soziale Resonanz, d.h. sie sehen sich deutlich geringer anerkannt bei den Personen ihres sozialen Umfeldes, empfinden sich selbst als weniger dominant, weniger zwanghaft und schätzen sich verschlossener ein als die Personen der mittleren und oberen Sozial-

schichten. In den Körperbeschwerden zeigen die Personen der unteren Sozialschicht jeweils eine grössere Erschöpfung, höhere Gliederschmerzen und Herzbeschwerden und der Beschwerdedruck insgesamt ist deutlich höher. Darüber hinaus ist die Einschätzung der internalen Kontrolle der Gesundheit deutlich negativer als in den ande-

ren Schichtgruppen, der subjektive Gesundheitszustand wird schlechter eingeschätzt und sie fühlen sich stärker durch ihren Gesundheitszustand behindert.

Ergebnisse der schrittweisen multiplen Regressionsanalysen

Zur Bestimmung des differentiellen Beitrags der Sozialschicht an der Varianzaufklärung der psychologischen Variablen berechneten wir schrittweise multiple Regressionsanalysen, deren Ergebnisse sind in den Tabellen 4a und 4b dargestellt sind. Der sozioökonomische Status der Personen wurde dafür anhand des Medians dichotomisiert. Durch die Prädiktorvariablen, die in die Regressionsanalysen einbezogen wurden, lassen sich zwischen 1% und 15% der Kriteriumsvarianz erklären (multiples adjustiertes R^2). Die Betrachtung der Betagewichte der einzelnen Prädiktorvariablen zeigt, dass die soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht und Ost-West-Zugehörigkeit einen hohen Anteil an dieser Varianzaufklärung haben, der jedoch bei den einzelnen Kriteriumsvariablen unterschiedlich ausgeprägt ist.

Die Prädiktorvariable Sozialschicht weist jedoch ebenfalls signifikante Betagewichte auf, so dass in nahezu allen Variablen die Zugehörigkeit zur jeweiligen Sozialschicht als relevanter Prädiktor für die Werte der psychologischen Selbstbeurteilungen gelten kann.

Diskussion

Die Vermutungen über Differenzen bzw. Gradienten in den Bewertungen der Personen nach Schichtgruppen liessen sich in einigen Bereichen der Lebenszufriedenheit, des Selbstkonzeptes, der Körperbeschwerden und der Gesundheitseinschätzungen bestätigen. Die signifikanten R^2 -Werte, die sich in den einzelnen Regressionsanaly-

sen ergaben, sind allerdings als relativ niedrig einzuschätzen. Die spricht dafür, dass ein hoher Anteil der Varianz durch andere, in unserer Studie nicht erfasste, psychologische bzw. psychosoziale Prädiktoren²⁵ erklärt wird. Der Prädiktor Schicht weist jedoch in fast allen überprüften Variablen signifikante Betagewichte auf. Die soziale Lage ist nach diesen Ergebnissen bei der Betrachtung von Selbstkonzept, subjektiven Körperbeschwerden, Lebenszufriedenheit und gesundheitsbezogenen Einschätzungen nicht zu vernachlässigen.

Die nähere Betrachtung der Betagewichte zeigt in den überprüften Variablen den grossen Einfluss des Lebensalters, des Geschlechts und der Ost-West-Zugehörigkeit der befragten Personen. Insbesondere in den Bereichen der Lebenszufriedenheit und der Körperbeschwerden sind altersabhängige Effekte in der Literatur belegt^{25,28}, wobei die Körperbeschwerden mit spezifischen altersabhängigen Prozessen wie z.B. der Funktionseinschränkung einhergehen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede, insbesondere bei den Körperbeschwerden, sind vermutlich mit Differenzen in der Körperwahrnehmung (Interozeption), im Berichtsverhalten bzw. einer höheren Klagsamkeit und im Krankheitsverhalten zu erklären^{31,32}. Auch die Ost-West-Zugehörigkeit hat bei den überprüften Variablen einen wesentlichen Einfluss. Dies lässt sich durch die unterschiedlichen Lebensverhältnisse erklären, die vor allem in der Erwerbstätigkeit³³, in beruflichen Möglichkeiten und auch im Einkommen begründet sind.

Die schichtspezifischen Differenzen in den Bereichen „Arbeit und Beruf“ und „Finanzielle Lage“ in der Lebenszufriedenheit waren zu erwarten. Die geringere Bewertung der „Eigenen Person“ (FLZ Skala 7), der „Soziale Resonanz“ und der „Dominanz“ im Giessen-Test geben Hinweise auf die

Bedeutung der beruflichen Tätigkeit für den Status der Person im gesellschaftlichen Rahmen: Die Zufriedenheit mit der eigenen Person, bzw. die Selbstwertaspekte sind abhängig vom Beruf bzw. vom Erwerbsstatus³³, und dem damit verbundenen Einkommen. Auch die Körperbeschwerden sind einerseits unter dem Aspekt besonderer körperlicher Beanspruchung in der Erwerbstätigkeit der unteren Sozialschichten zu interpretieren, andererseits können sie auch Ausdruck für ein gesundheitsbezogenes Risikoverhalten sein.

Unter dem Aspekt der Prävention besonders zu beachten ist die bei Personen der unteren Sozialschicht deutlich geringere internale Kontrollüberzeugung bezüglich der eigenen Gesundheit. Dieser Aspekt, der sowohl als verminderte Kontrollüberzeugung³⁴, als auch unter dem Konzept der Selbstwirksamkeit^{35,36} zu interpretieren ist, kann erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten dieser Personen haben. Im Zusammenhang mit beruflichen Belastungen könnte dies dazu führen, dass erste Krankheitssymptome nicht erkannt oder behandelt werden. Wird erst bei massiveren körperlichen Beschwerden und bei eingeschränkter körperlicher Funktionsfähigkeit medizinische Hilfe ausgesucht, steigt die Gefahr einer manifesten Erkrankung und der Chronifizierung.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass auf der Ebene des subjektiven Befindens bereits schichtabhängige Differenzen festzustellen sind, die mit stresstheoretischen Konzepten, insbesondere auch den Prozessen der primären Bewertung (Kognition, Kontrollüberzeugung) und der sekundären Bewertung (verfügbare Coping-Ressourcen) nach Lazarus^{22,23} in Verbindung stehen. Über die Wechselwirkung zwischen diesen Variablen und den Copingprozessen lassen sich jedoch keine näheren Aussagen machen. Denkbar

Prädiktoren	Gesundheit	Arbeit u. Beruf	Finanzielle Lage	Freizeit u. Hobby	Ehe u. Partnerschaft	Beziehungen zu Kindern	Eigene Person	Sexualität	Soziale Integration	Wohnung
Alter	-0,29	-0,07	0,15	0,12				-0,34	0,05	0,17
Geschlecht	-0,05				-0,09	0,07	-0,05	-0,07		0,04
Land (Ost-West)		0,27	0,22	0,19	-0,04	-0,07			0,05	0,20
Sozialschicht (mult. Index)	0,11	0,17	0,21	0,06	0,08	0,07	0,13	0,06	0,07	0,06
Mult. R ² (adjustiert)	0,11	0,14	0,11	0,05	0,01	0,01	0,02	0,13	0,01	0,07
df (Regress./Residual)	4/2782	4/1720	3/2783	3/2783	3/2147	3/1963	2/2784	3/2783	3/2783	4/2782
F	85,9	68,8	118,2	52,5	11,6	8,4	28,2	137,4	13,1	54,8
p von F	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabelle 4a. Prädiktoren für die Bereiche der Lebenszufriedenheit. (Ergebnisse schrittweiser multipler Regressionsanalysen, Betagewichte).

Prädiktoren	Soziale Resonanz	Soziale Dominanz	Kontrolle Grundstimmung	Durchlässigkeit	Erschöpfung	Magenbeschw.	Gliederschm.	Herzbeschw.	Beschw. druck	Interne subjektive Gesundheit	Behinderung durch G. auf G.	seelischer Einfluss
Alter	-0,06	0,14	0,16	0,05	0,14	0,23	0,32	0,32	0,30	0,09	0,38	0,32
Geschlecht		0,08	0,03	0,23		0,10	0,10	0,07	0,09	-0,04		-0,11
Land (Ost-West)	-0,08	-0,05	-0,14	-0,19	-0,06		-0,04		0,09	0,09	-0,04	-0,05
Sozialschicht (mult. Index)	0,10	-0,10	0,09			-0,05	-0,04	-0,04	-0,05	-0,12	-0,05	-0,06
Mult. R ² (adjustiert)	0,02	0,04	0,04	0,08	0,03	0,07	0,12	0,11	0,10	0,03	0,15	0,11
df (Regress./Residual)	3/2914	4/2913	4/2913	3/2914	2/2915	3/2937	2/2938	4/2936	3/2937	4/2896	3/2896	3/2894
F	19,7	34,5	34,4	81,9	38,9	72,3	20,8	105,3	178,6	24,1	176,8	122,3
p von F	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabelle 4b. Prädiktoren für Selbstkonzept (GT), Körperbeschwerden (GKB) und Gesundheitseinschätzungen. (Ergebnisse schrittweiser multipler Regressionsanalysen, Betagewichte).

wäre, dass z.B. die Variablen des Selbstkonzeptes, wie geringere „Soziale Resonanz“ bzw. geringere „Dominanz“ der Personen zu einer geringer ausgeprägten sozialen Unterstützung führen und sich damit die Anforderungen durch einzelne Stressoren erhöhen. Die Differenzen in den Körperbeschwerden könnten dagegen eine Folge von inadäquaten Coping-Formen sein, die sich in höherer körperlicher Beanspruchung niederschlagen.

Vor allem die kognitiven Prozesse der Bewertung von Stressoren und der Auswahl von adäquaten Coping-Strategien könnten wesentlich sein für die Frage, ob sich aus alltäglichen Belastungen in subjektiver Sicht Überforderungen entwickeln und damit die gewohnten und alltäglichen Mechanismen der Stressregulation inadäquat werden. Diese Zusammenhänge werden auch bei der Auswirkung der Doppelbelastung durch Familie und Beruf auf das Krankheitsrisiko der Frau von Cramm et al.³⁷ diskutiert. Die dort festgestellte positive Auswirkung von beruflicher Identität – neben der familiären Identität – auf die Gesundheit ist vor allem auch unter dem Aspekt der kognitiven Bewertung von Aufgaben und Anforderungen zu sehen.

In der bisherigen medizin- und gesundheitspsychologischen Forschung zum Copingverhalten bzw. zur Krankheitsbewältigung wurden diese schichtspezifische Unterschiede jedoch weitestgehend ausser Acht gelassen. Darüber hinaus sind für die krankheitsbezogenen Verhaltensweisen von Personen der unteren Sozialschicht wesentliche Einstellungen (health beliefs) zu vermuten, die dazu führen, dass auch präventive Aspekte zur Erhaltung der Gesundheit bzw. zur Reduktion von Risiken, nicht wirksam werden. Auch in diesem Bereich fehlen bisher systematische Untersuchungen zu schichtspezifischen Unterschieden.

Summary

Social class, life satisfaction and quality of health. Results of a representative assessment of the german population

The supposition that a higher risk of morbidity and mortality is connected with the belonging to a particular social class has been confirmed by numerous national and international researches. But still unsolved is the question of how objective social situations do lead to individual processes of disease. In order to solve this question in a representative assessment of the german population, data of 2948 individuals, referring to aspects of life-satisfaction, personality, subjective complaints and attitudes to current state of health, has been ascertained. In nearly all scales of the chosen instruments significant gradients connected to social class have been found. Persons belonging to a lower social class show a minor life satisfaction, significant differences in personality, higher subjective complaints and a poor state of health. This persons also seem to be convinced that they could do less to care for their health. This self-assessment indicates processes, that stand before the state of manifestation of disease. They can be seen as an expression of persons mental reflection of their social situation. Within the context of this analysis of social inequality and disease we argue to include psychological theories and stresstheory in sociological theories. They achieve an important contribution to the clarification of the interface between social class, respectively life circumstances, experiences of distress, available resources of coping with the situation and the individual process of development of disease.

Literaturverzeichnis

- 1 *Abholz HH*, ed. Krankheit und soziale Lage. Befunde der Sozial-epidemiologie. Frankfurt, Campus-Verlag, 1976.
- 2 *Kirchgässler KU*. Health and Social Inequalities in the Federal Republic of Germany. *Soc Sci Med* 1990; 31: 249–256.
- 3 *Mielck A, Helmert U*. Krankheit und soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland. In: Mielck A, ed. Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland. Opladen: Leske+Budrich, 1994: 93–124.
- 4 *Helmert U, Maschewsky-Schneider U, Mielck A, Greiser E*. Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland. *Soz Präventivmed* 1993; 38: 123–132.
- 5 *Helmert U*. Sozialschichtspezifische Unterschiede in der selbst wahrgenommenen Morbidität und bei ausgewählten gesundheitlichen Indikatoren in West-Deutschland. In: Mielck A, ed. Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland Opladen: Leske+Budrich, 1994: 187–207.
- 6 *Rose G, Marmot MG*. Social class and coronary heart disease. *Br Heart J* 1981; 45: 13–19.
- 7 *Gregorio DI, Walsh SJ, Paturzo D*. The effects of occupation-based social position on mortality in a large american cohort. *Am J Public Health* 1997; 87: 1472–1475.
- 8 *Chandola T*. Social inequality in coronary heart disease: a comparison of occupational classifications. *Soc Sci Med* 1998; 47: 525–533.

Résumé**La situation et l'état social, le contentement de la vie et l'estimation de la santé – des résultats d'une recherche représentative sous la population allemande**

La supposition qu'il y a un rapport entre le risque élevé de morbidité et de mortalité et l'état social était confirmé dans certaines recherches nationales et internationales dans les dernières années. Mais la question, comment la situation objective d'une société influence des procès individuels devenir malade est toujours irrésolu. Pour répondre à cette question on a questionné 2948 personnes allemandes dans une recherche représentative à des aspects du contentement de la vie, des aspects de la personnalité et du mal du corps et aux attitudes à la propre santé actuelle. Des différences entre les certains états sociaux étaient visibles dans presque tout les questionnaires. Les personnes des états sociaux le plus bas ont montré un contentement de la vie très bas, ils ont beaucoup plus du mal de corps et un état de la santé plus mauvais, ils sont convaincus qu'ils ne peuvent pas faire grandes choses pour leur propre santé et ils existent des différences aux autres états sociaux par rapport à leur personnalité. Ces jugements de soi-même peuvent être une indication pour des procès se présentent avec la naissance d'une maladie. Ces jugements on peut aussi les interpréter comme un signe d'un arrangement psychique d'une personne avec sa situation sociale. À cause de cela on propose une combinaison de théories sociologiques, socio-psychologiques avec des théories du stress pour analyser des problèmes de l'inégalité sociale et des maladies. Cette combinaison de plusieurs théories des certains domaines est très importante pour clarifier des problèmes entre des états sociaux différents par rapport à des conditions de la vie, des expériences du stress, des ressources pour dompter le stress, lesquelles sont capable et enfin par rapport à des procès individuelles lesquelles sont responsable de devenir malade.

- 9 Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, Cohen RD, Heck KE, Balfour JL, Yen ICH. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *Am J Public Health*, 1998; 88: 1074-1080.
- 10 Townsend P, Davidson N, ed. *The Black Report*. London: Penguin Books, 1982.
- 11 Macintyre S. *The Black Report and Beyond – What are the Issues*. *Soc Sci Med* 1997; 44: 723-745.
- 12 Beck U. *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp, 1986.
- 13 Pientka L. Gesundheitliche Ungleichheit und das Lebensstilkonzept. In: Mielck A, ed. *Krankheit und Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich, 1994: 393-409.
- 14 Haller M. Sozialstruktur und Schichtungshierarchie im Wohlfahrtsstaat. Zur Aktualität des vertikalen Paradigmas der Ungleichheitsforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 1986; 15: 167-187.
- 15 Geissler R. ed. *Soziale Schichtung und Lebenschancen in der Bundesrepublik Deutschland*, Stuttgart: Enke, 1994.
- 16 Mielck A. „Gesundheitliche Ungleichheit“ als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik. In: Mielck A, ed. *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich, 1994: 13-31.
- 17 Siegrist J. Berufliche Gratifikationskrisen und Herz-Kreislauf-Risiko – ein medizinsoziologischer Erklärungsansatz sozial differentieller Morbidität. In: Mielck A, ed. *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich, 1994, 411-423.
- 18 Siegrist J. *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe, 1996.
- 19 Peter R. Psychosoziale berufliche Belastungskonstellationen – ein Ansatz zur Erklärung gesundheitsbezogener sozialer Ungleichheit? *Das Gesundheitswesen*, 1998; 60: A73.
- 20 Steinkamp G. Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozial-epidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Soz Präventivmed* 1993; 38: 111-122.
- 21 Steinkamp G. Ein Dreiebenenmodell zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit. Vortrag, Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), 29.9.-1.10. 1998, Marburg.
- 22 Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984
- 23 Lazarus RS. *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press, 1991.
- 24 Fahrenberg J, Myrtek M, Wilk D, Kreutel K. Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 1986; 36: 347-354.
- 25 Schumacher J, Laubach W, Brähler E. Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemographische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1995, 4: 17-26.

- 26 Beckmann D, Brähler E, Richter HE. Der Giessen-Test. 4. Auflage, Bern: Huber, 1991.
- 27 Brähler E. GT-Paardiagnostik: Verfahren, Gütekriterien, Normierung, Auswertung. In: Brähler E, Brähler Ch, ed. Paardiagnostik mit dem Giessen-Test. Bern: Huber, 1993: 9-18.
- 28 Brähler E, Scheer JW. Der Giessener Beschwerdebogen (GBB). 2. Aufl., Bern: Huber, 1995.
- 29 Jöckel KH, Banitsch B, Bellach BM, Bloomfield K, Hoffmeyer-Zlotnik J, Winkler J, Wolf C. Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. Berlin: Robert Koch Institut (Schriften 1/1998), 1998: 7-34.
- 30 Bolte KM. Deutsche Gesellschaft im Wandel, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1967.
- 31 Brähler E, Felder H, ed. Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, Neuauflage 1999.
- 32 Bird CE, Rieker P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. Soc Sci Med 1999; 48: 745-755.
- 33 Laubach W, Mundt A, Brähler E. 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, E. Brähler, ed. Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psychosozialer Sicht. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999: 75-92.
- 34 Seligman MEP. Helplessness: On depression, development, and death. New York: Freeman, 1992.
- 35 Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A, ed. Self-efficacy in changing societies. Cambridge: Cambridge University Press, 1995: 1-45.
- 36 Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman, 1997.
- 37 Cramm C, Blossfeld HP, Drobnic S. Die Auswirkung der Doppelbelastung durch Familie und Beruf auf das Krankheitsrisiko von Frauen. Zeitschrift für Soziologie, 1998; 27: 341-357.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Wilfried Laubach, M.A.
 Selbständige Abteilung
 für Medizinische Psychologie
 und Medizinische Soziologie
 Universität Leipzig
 Liebigstr. 21
 D-04103 Leipzig