

16. Soziologische Aspekte

Johannes Siegrist

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	264	2.4. Chronischer sozio-emotionaler Distress und Gesundheit	273
2. Soziologische Perspektiven zu Gesundheit und Krankheit	266	3. Schlußbemerkungen	275
2.1. Gesundheits- und Krankheitsverhalten ...	266	4. Literatur	275
2.2. Soziale Lage und Gesundheit	269		
2.3. Lebensstil und Gesundheit	272		

1. Einleitung

Trotz vieler Berührungspunkte mit der Sozialpsychologie bildet die Soziologie eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin. Wissenschaftliche Disziplinen lassen sich bekanntlich anhand dreier Kriterien definieren. Sie weisen einen eigenständigen Begriffsapparat und spezifische Methoden auf, sie zeichnen sich durch einen Bestand an Beobachtungswissen aus und sie bieten Theorien zur Erklärung der von ihnen behandelten Probleme an. In diesem Beitrag kann es nicht darum gehen, die disziplinäre Gestalt der Soziologie darzustellen, wie dies Aufgabe einschlägiger Lehrbücher ist, vielmehr sollen wichtige Anwendungsbereiche soziologischer Kenntnisse im Gebiet der Klinischen Psychologie erörtert werden. Die einleitenden Bemerkungen sollen dazu dienen, das Verständnis für diese Erörterungen zu erleichtern.

Soziologie (lat. socius = Gefährte, Mitmensch, griech. logos = Lehre, Wissenschaft) ist die Wissenschaft, die sich mit den Gesetzmäßigkeiten (Strukturmerkmalen, Entwicklungslinien) des gesellschaftlichen Lebens bzw. der Vergesellschaftungsprozesse zwischen Menschen befaßt. Gesellschaftliches Leben läßt sich auf drei ver-

schiedenen Ebenen analysieren: auf der Makroebene ganzer gesellschaftlicher Systeme (Weltgesellschaft, Nationen als vergleichsweise distinkte gesellschaftliche Systeme), auf der Mesoebene gesellschaftlicher Subsysteme (z. B. zentrale institutionelle Bereiche wie Bildung, Arbeit, Recht, Gesundheit), schließlich auf der Mikroebene der Austauschprozesse zwischen einzelnen Individuen und Gruppen, und zwar unabhängig von dem Grad ihrer normativen Verfestigung (s. u.).

Vergleichsweise einfach faßbar scheinen uns die gesellschaftlichen Strukturmerkmale auf der Makroebene zu sein. Ihre Gliederung erfolgt unter horizontalen und vertikalen Gesichtspunkten: horizontal bedeutet eine Gliederung der Gesellschaft nach soziodemographischen Kriterien (Verteilung der Bevölkerung nach Alter, Geschlecht, Wohnort), vertikal bedeutet eine Gliederung nach Kriterien sozialer Ungleichheit (soziale Schichtung und Mobilität).

Ein wesentlicher Gesichtspunkt muß allerdings dazukommen: die evolutionäre, sozialhistorische Entwicklung von Gesellschaftssystemen, insbesondere der grundlegende Wandel von traditionellen zu modernen Gesellschaften, der vom europäischen Spätmittelalter und der Neuzeit seinen Ausgang genommen hat und

über die Industrielle Revolution in das gegenwärtige Zeitalter der Globalisierung hinein führt.

Aus der Kombination dieser Kriterien auf der Makroebene lassen sich gesellschaftliche Systeme grob typisieren. So sprechen wir beispielsweise von vormodernen und modernen Gesellschaften, von Industrie- oder Dienstleistungsgesellschaften, von Arbeits- oder Freizeitgesellschaften, von egalitären oder nicht egalitären Gesellschaften. Eine allgemein akzeptierte Entwicklungstheorie menschlicher Gesellschaften existiert bis heute nicht. Wir wissen beispielsweise wenig darüber, in welchen Stadien der Menschheitsentwicklung grundlegende Formen zwischenmenschlicher Kooperation und grundlegende soziale Einrichtungen wie die Arbeitsteilung, die Vererbung von Besitz, das Verwandtschaftssystem, die Normierung sozialer Handlungen sowie die Etablierung von Herrschaft erfunden, erlernt und tradiert worden sind. Zwar ist der Modernisierungsprozeß von Gesellschaften, insbesondere im Zusammenhang mit der Doppelrevolution im 18. und 19. Jahrhundert, gründlich erforscht worden, aber wir wissen kaum, in welche Richtung sich globale Trends wie die Zunahme zweckrationalen Handelns und entsprechender Selbstkontrolltechniken, die Individualisierung des gesellschaftlichen Lebens sowie das Anwachsen sozio-technischer Strukturen in Zukunft entwickeln werden.

Auf der *Mesoebene* werden einzelnen gesellschaftliche Subsysteme in ihrer Struktur und Funktionsweise betrachtet. Trotz ihrer Vernetzung mit dem makrosozialen System besitzen sie ihre Eigengesetzlichkeiten und ihre Eigenynamik. Im Verlauf der Geschichte der Soziologie haben sich zahlreiche Spezialsoziologien gebildet, deren Aufgabe in der systematischen Erfassung spezifischer gesellschaftlicher Subsysteme besteht, so z.B. die Bildungs-, Rechts-, Wirtschafts-, Medizin-, Familien- oder Organisationssoziologie. In diesen Subsystemen werden für zentrale gesellschaftliche Aufgaben institutionalisierte, über spezifische Organisationsformen und Berufsgruppen vermittelte Lösungen angeboten (z.B. Schule, Betrieb, Krankenhaus). Wichtige Bereiche alltäglichen sozialen Handelns von Individuen werden in ihnen realisiert. Dabei versteht die Soziologie unter dem zentralen Begriff des *sozialen Han-*

delns alle Formen voraussehbarer Auseinandersetzung des einzelnen mit der ihn umgebenden gesellschaftlichen Wirklichkeit. Gesellschaftliche Wirklichkeit ist dem einzelnen in Form von Handlungserwartungen oder -zumutungen (*soziale Normen*) vorgegeben und bindet ihn durch die Vergabe bestimmter sozialer Positionen (*sozialer Status*) in ihre normative Erwartungsstruktur ein (rollenkonformes Handeln). Damit nehmen Individuen, häufig nach Maßgabe ihres Leistungsvermögens, an den Gütern, Belohnungen, Bindungen des gesellschaftlichen Lebens teil (gesellschaftliche Chancenstruktur).

Allerdings – und dieser Gesichtspunkt ist für die erwähnte *Mikroebene* der sozialen Interaktion von Bedeutung – ist gesellschaftliche Wirklichkeit nie vollständig durch normative Erwartungen determiniert. Soziale Normen, auch Rollennormen, sind stets «unterwegs», weisen unterschiedliche Geltung und Verbindlichkeit auf und wandeln sich im Laufe der Zeit. Insofern besteht stets eine Spannung zwischen gesellschaftlicher Struktur (Ordnung) einerseits und potentiell konflikthafter Dynamik von Vergesellschaftungsprozessen zwischen Individuen andererseits, in denen sich diese Ordnung reproduziert oder aber verändert (sozialer Wandel). Besonders folgenreich gestaltet sich dieses Spannungsverhältnis in der Sozialisation einer nachfolgenden Generation, insbesondere während der Adoleszenzphase.

Soziologie, so können wir zusammenfassend festhalten, ist die Wissenschaft von den Strukturmerkmalen und Prozessen menschlicher *Vergesellschaftung*. Gesellschaften werden als soziale Systeme aufgefaßt, welche unterschiedliche Räume und Zeiten umfassen, unterschiedliche Reichweite und Verbindlichkeit besitzen. Ihre Analyse erfolgt auf der Makro-, der Meso- und der Mikroebene des sozialen Handelns und seiner Determinanten. Soziale Systeme verbinden Individuen unter dem Aspekt des Austausches, der Kommunikation, der Differenzierung (d.h. Bevorzugung und Benachteiligung), der Entlastung und Problemlösung. Insofern nehmen sie selbststeuernde Aufgaben wahr, zu denen Individuen durch restriktive Handlungen (soziale Normierung, Rollenhandeln) beitragen. Zugleich gehen von der Tatsache der Vergesellschaftung für den einzelnen Menschen spezifische Nutz- und Kosteneffekte aus. Es ist dieser

zuletzt genannte Gesichtspunkt des *Nutzens* und der *Kosten* von Vergesellschaftung, welcher für zentrale Fragestellungen der Klinischen Psychologie von Interesse ist. Insbesondere stellt sich die Frage, welche Auswirkungen von diesen Tatsachen menschlicher Vergesellschaftung auf Gesundheit und Wohlergehen des einzelnen zu erwarten sind, mit anderen Worten, welche Risiken, Belastungen, aber auch welche Schutzwirkungen von Vergesellschaftungsprozessen auf Gesundheit und Krankheit ausgehen. Mit dieser Frage befaßt sich, notwendigerweise in äußerst gedrängter Form, der folgende Abschnitt.

2. Soziologische Perspektiven zu Gesundheit und Krankheit

Theoretische und methodische Kenntnisse der Soziologie lassen sich auf vier Ebenen für die Bearbeitung der zentralen Frage nach *sozialen Einflüssen* auf *Gesundheit* und *Krankheit* nutzbar machen.

Die erste Ebene betrifft das gesellschaftliche Subsystem des Gesundheitswesens. Hier geht es um die Frage, wie weit gesundheitliche Risiken durch soziale Einflüsse bestimmt werden, welche sich aus unterschiedlichen Zugangs- und Teilhabechancen am gesundheitlichen Sicherungssystem ergeben. Internationale medizinsoziologische Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte haben Umfang und Bestimmungsgünde sozial differentieller Morbidität und Mortalität als Folge unterschiedlicher Inanspruchnahme und Teilhabe am medizinischen Versorgungssystem dokumentiert und analysiert (s. Abschnitt 2.1).

Eine zweite Ebene der Analyse bezieht sich auf materielle Lebensumstände als pathogenem Potential. Armut, relative Benachteiligung, ungünstige Wohn- und Arbeitsverhältnisse, die mit einer niedrigen sozialen Schichtzugehörigkeit verbunden sein können, begünstigen akute und chronische körperliche und psychische Störungen und Erkrankungen. Materielle Benachteiligung wirkt sich besonders nachhaltig in der frühen Kindheit aus, in Mangelernährung, fehlender Hygiene, in Defiziten emotionaler Zuwendung und traumatischen Erfahrun-

gen. Diese ungünstigen Bedingungen setzen sich in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter fort, vermittelt über eine ungleiche Chancenstruktur der Teilhabe am Erwerbsleben, über ungleiche Wettbewerbschancen im Kampf um Sicherheit und Belohnungen auf verschiedenen Ebenen des Alltagslebens (s. Abschnitt 2.2).

Ein genaueres Verständnis der Wirkungen, welche von materieller Benachteiligung auf Gesundheit und Wohlergehen ausgehen, erfordert allerdings, daß zwei weitere Gesichtspunkte in die Analyse einbezogen werden: (1) der Gesichtspunkt gesundheitsfördernder bzw. gesundheitsschädigender Verhaltensweisen betroffener Individuen, Verhaltensweisen, die allerdings in einen übergeordneten sozio-kulturellen Kontext der Lebensführung eingebunden sind (s. Abschnitt 2.3), und (2) der Gesichtspunkt negativer Emotionen und durch sie erzeugter chronischer Distresszustände im Organismus, die als Folge erfahrener sozialer Benachteiligungen und erlebter Kränkungen zu erwarten sind (s. Abschnitt 2.4).

Im folgenden sollen diese vier für eine soziologische Ergänzung klinisch-psychologischen Denkens zentralen Aspekte genauer ausgeführt werden.

2.1 Gesundheits- und Krankheitsverhalten

Eine medizinsoziologische Analyse der Ätiologie von Störungen kann sich nicht auf Informationen beschränken, die den von Patienten aufgesuchten Ärzten vorliegen, weil solche Daten lediglich die Behandlungsprävalenz von Störungen widerspiegeln. Bevölkerungsrepräsentative epidemiologische Untersuchungen ermitteln demgegenüber die «wahre» Prävalenz von Störungen. In allen bisher bekannten Studien, die sich auf Krankheitsbilder mit einer psychosozialen bzw. verhaltensbezogenen Entstehungskomponente beziehen, ist die wahre Prävalenz deutlich höher als die Behandlungsprävalenz. Dies bedeutet, daß ein medizinisches «Dunkelfeld» nicht diagnostizierter und/oder nicht behandelter Störungen besteht, dessen Aufklärung eine wichtige Aufgabe der medizinsoziologischen-epidemiologischen Forschung darstellt. In diesem Zusammenhang ist an die Begriffe «Gesundheitsverhalten» und «Krank-

heitsverhalten» (oder gleichbedeutend «Hilfesuchen») zu erinnern, welche zusammenfassend jene Einstellungen, Wahrnehmungen, Informationen und Entscheidungen benennen, die dem Ziel der Gesundheitsförderung und -erhaltung sowie dem Ziel der rechtzeitigen Erkennung und angemessenen Behandlung von Krankheitsanzeichen dienen (Becker & Maiman, 1983; Mechanic, 1983; Siegrist, 1995). Insbesondere Krankheitsverhalten kann als ein Prozeß verstanden werden, der sich heuristisch in verschiedene Stufen der Entscheidungsbildung untergliedern läßt:

- (1) die Stufe der Symptomwahrnehmung und -bewertung sowie der intrapsychischen Abwehrprozesse, die dadurch mobilisiert werden;
- (2) die Stufe der Selbstmedikation sowie der Mitteilung an signifikante Andere;
- (3) die Stufe der Inanspruchnahme des Laiensystems;
- (4) die Stufe der Inanspruchnahme des professionellen Versorgungssystems (Arzt – Praxis – Krankenhaus).

Im allgemeinen gilt: je schmerzhafter, je sichtbarer, auffälliger ein Symptom ist, je bedrohlicher die Erkrankungshinweise, je stärker die Behinderung des Alltagshandelns, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Jedoch hängen Symptomwahrnehmung und Interpretation wesentlich vom verfügbaren Wissen (z. B. Vorherrschen sog. Laienätiologien) ab, ebenso von der Differenziertheit des eigenen Körpererlebens und den normativen Orientierungen der jeweiligen soziokulturellen Bevölkerungsschicht.

Nicht-adäquates Krankheitsverhalten kann selbst Ausdruck einer psychischen Störung sein. So geht beispielsweise bei schizophrenen Patienten die Symptomwahrnehmung zum Teil von den signifikanten Anderen, nicht von Patienten aus. Das Hilfesuchen ist in diesem Fall nicht selbst- sondern fremdinitiiert. Aber auch weniger dramatische Einschränkungen bzw. unrealistische Formen der Selbstbeurteilung und -wahrnehmung können zu verzögertem Hilfesuchen führen. Aus der medizinsoziologischen und -psychologischen Erforschung des Krankheitsverhaltens bei Herzinfarktpatienten

geht beispielsweise hervor, daß diese Patienten häufig Krankheitsanzeichen mißachten, weil diese Anzeichen möglicher Schwäche, Hilflosigkeit und Abhängigkeit mit einem motivational bedeutsamen Selbstbild der Stärke und der grenzenlosen Leistungsfähigkeit nicht in Einklang zu bringen sind (Croog & Levine, 1977). Weitere Beispiele nichtangemessenen Krankheitsverhaltens, welche auf eine psychische Problemkonstellation verweisen, sind die Selbstkontrollillusionen von Suchtkranken oder, im Falle des Gesundheitsverhaltens, übersteigerte Angst vor Krebs als Motiv der Nichtinanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen.

Auch die zweite Entscheidungsstufe des Hilfesuchens, die Mitteilung an signifikante Andere, kann durch eine psychosoziale Belastungskonstellation, die ihrerseits pathogene Wertigkeit besitzt, beeinflußt werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere an das Hilfesuchen von Kindern, die in ein rigides System familialer Kontrolle eingebunden sind, zu denken: Familiendynamische Prozesse können das Hilfesuchen abblocken und zu einer Neubewertung der Symptome (etwa im Sinne der Bagatellisierung oder sogar Verleugnung) führen, wie dies aus Familienstudien bei psychisch Kranken oder bei Gruppen mit extremen religiös-weltanschaulichen Orientierungen aufgezeigt worden ist (Cockerham, 1992; Hildenbrand, 1983).

Selbst in Gesellschaften mit einem ausgebauten medizinischen Versorgungssystem lassen sich schichtenspezifische Formen des Krankheitsverhaltens feststellen, die sich in stärkerem Maße auf soziokulturelle und psychische Prozesse als auf finanzielle Barrieren zurückführen lassen. In soziologischer Sicht bildet Krankheitsverhalten Teil eines durch subkulturelle Normen gesteuerten Alltagshandelns und wird von relevanten Bezugsgruppen, speziell von Familie, Verwandtschaft und Nachbarschaft, im sozialen Austausch verstärkt und kontrolliert. Personen, die in sozio-ökonomischer und sozio-kultureller Hinsicht benachteiligt leben, orientieren sich an sozialen Normen, welche für gesundheitsbewußtes Verhalten häufig defizitär sind. In ihrer Sozialisation wird ihnen beispielsweise vermittelt, daß Dinge, die in ferner Zukunft liegen, von geringerer Bedeutung seien, daß vorrangig aktuell anliegen-

de Probleme zur Lösung anstünden. Damit werden motivationale Fähigkeiten eines Aufschubes unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung, eines Anstuerns langfristiger Ziele (z. B. auch präventiver Orientierungen in Form gesundheitsfördernden Verhaltens) nur in geringem Maße realisiert. Gering ausgeprägte Symptomaufmerksamkeit korreliert nicht nur mit mangelnder Zukunftsorientierung, sondern auch mit dem Vorherrschen eines instrumentellen Verhältnisses zum eigenen Körper. In unteren sozialen Schichten wird der Körper häufiger als Maschine, die durch den Gebrauch einem unbeeinflussbaren Verschleiß unterliegt, betrachtet, während in höheren Schichten der Körper auch als Träger persönlicher Identität einen Symbolwert besitzt und damit nachdrücklicher thematisiert, geschont und gepflegt wird (Buchmann, 1985; Cockerham, 1992; Siegrist, 1995).

Ein wichtiger Beitrag medizinsoziologischer Forschung zur Klinischen Psychologie besteht somit im Nachweis der Bedeutung soziokultureller und psychosozialer Bestimmungsgründe eines medizinischen «Dunkelfeldes» bzw. nicht angemessener oder verzögerter Formen des Hilfesuchens. Zwischen Angebot und Nachfrage bestehen systematische bzw. system-

immanente Diskrepanzen und Fehlsteuerungen, deren Identifizierung und Beeinflussung ein vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel bilden sollte.

Wie vielfältig die Beziehungen zwischen Angebot, Bedarf und Inanspruchnahme sind, verdeutlicht Abbildung 1 (nach Hulka & Wheat, 1985), in der sechs idealtypische Verlaufskarrieren von Nachfragen/Nicht-Nachfragen nach ärztlichen Leistungen mit unterschiedlichen Effekten auf der Ebene Gesundheitsrisiko bzw. Gesundheitszustand dargestellt sind:

- (1) Angemessene Inanspruchnahme (d. h. dem Bedarf entsprechend);
- (2) Ineffektive Inanspruchnahme (z. B. Behandlungsabbruch trotz Bedarf);
- (3) Mangelnde Erreichbarkeit des Gesundheitssystems trotz Bedarf;
- (4) Fehlende Inanspruchnahme trotz faktischen Bedarfs;
- (5) Inanspruchnahme ohne Bedarf (hypochondrisches Verhalten);
- (6) Abstinenz, da kein Bedarf besteht.

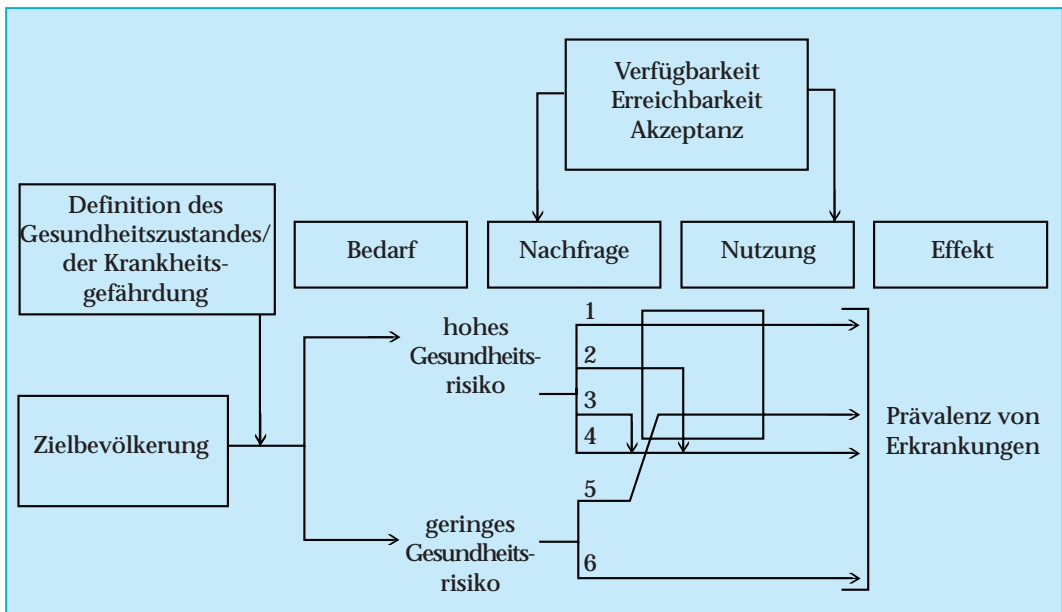


Abbildung 1: Der Zusammenhang zwischen Bedarf, Inanspruchnahme und Effekt medizinischer Versorgung (idealtypische Verläufe; Erläuterungen s. Text) (nach Hulka & Wheat, 1985).

Ergebnisorientierte Optimierung von Angebot an und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen bedeutet somit, die Kategorien (1) und (6) auf Kosten der Kategorien (2) bis (5) auszuweiten. Aus umfangreichen Forschungen zur Frage der Einflüsse der Inanspruchnahme des Arztes geht hervor, daß dem subjektiven Gesundheitszustand im allgemeinen die wichtigste Rolle zuffällt: je größer der wahrgenommene Leidensdruck, desto höher die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme. Ein zweiter Einflußfaktor besteht im Versichertenstatus: je höher der Anteil der im Krankheitsfall Versicherten, desto höher die Inanspruchnahme des Arztes. Ferner gilt: je höher die Selbstbeteiligung bei Versicherten, desto geringer die Inanspruchnahme.

Gravierender als der Versichertenstatus und das Ausmaß der Selbstbeteiligung dürfte sich jedoch die *soziale Differenzierung der Angebotsqualität* auf die Effekte des medizinischen Versorgungssystems auswirken. Kein bisher bekanntes gesundheitliches Versorgungssystem hat bisher die Hypothese widerlegt, daß die Angebotsqualität mit dem sozialen Status steigt. In Großbritannien ist beispielsweise der Zugang zu Spezialisten, die ein Recht haben, ambulant und stationär privat zu behandeln, durch sozioökonomische Filter stark begrenzt (Townsend, 1988). In den USA gibt es eine inverse statistische Beziehung zwischen Einkommenshöhe und Häufigkeit der Inanspruchnahme öffentlicher Notfall- und Ambulatoriumseinrichtungen, dagegen eine positive Beziehung zwischen Höhe des Einkommens und Konsultationshäufigkeit frei praktizierender Fachärzte (Cockerham, 1992).

Soziale Ungleichheiten der Inanspruchnahme von Ärzten in hochentwickelten modernen Gesellschaften beziehen sich daher in erster Linie auf die Qualität des ärztlichen Leistungsangebots, auf die Chance einer kontinuierlichen persönlichen Betreuung durch den Arzt und auf die Chance einer Einbeziehung präventiver Leistungen. In allen drei Aspekten haben höher bzw. finanziell besser gestellte Versicherte faktische Vorteile gegenüber schlechter gestellten Versicherten.

Trotz dieser unbestrittenen Tatsachen darf der Beitrag des medizinischen Versorgungssystems zur Veränderung der sozialen Verteilung von Krankheiten nicht überschätzt werden (vgl. McKeown, 1982). Informierte Schätzungen ge-

hen davon aus, daß nur etwa 25 bis 30 Prozent der zum Tode führenden Krankheiten durch medizinische Interventionen signifikant zum Besseren beeinflußt werden können. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, die übrigen, oben genannten Ebenen der Analyse zu berücksichtigen.

2.2 Soziale Lage und Gesundheit

Wenn materielle Lebensbedingungen, wie sie in einer bestimmten sozialen Lage vorgegeben sind, die Gesundheit direkt beeinflussen, dann ist es von größter Wichtigkeit, zu verstehen, wie die soziale Lage eines Individuums erfaßt und die krankheitsrelevanten Vermittlungsprozesse erklärt werden können. Den Ansatzpunkt einer jeden Analyse dieser Art bildet das Konzept der *sozialen Ungleichheit*. Die Erfassung und Erklärung sozialer Ungleichheit und ihrer Folgen im Wandel des gesellschaftlichen Lebens bildet eine der zentralen Erkenntnisinteressen der Soziologie. Im Gegensatz zum Begriff der individuellen Ungleichheit zielt der Begriff der sozialen Ungleichheit auf Lebensumstände und Lebenschancen von Menschen ab, die in einer Gesellschaft als knappes Gut ungleich verteilt sind. Dies bedeutet, daß angestrebte, begehrte Güter, die einer gesellschaftlichen Verteilung unterliegen und die von der überwiegenden Mehrheit ihrer Mitglieder als wichtig erachtet und dementsprechend bewertet werden – so z. B. Eigentum, Einkommen, Bildung, Konsumgüter, Ansehen, Macht –, ungleich auf verschiedene soziale Positionen verteilt sind. Soziale Ungleichheit ist damit ein Merkmal der Sozialstruktur, d. h. einer relativ beständigen, das individuelle Leben mitbestimmenden und zugleich überdauernden Anordnung von Lebensumständen in bessere und schlechtere Lagen.

Mit den Begriffen «soziale Position» und «bessere bzw. schlechte Lage» werden zwei wesentliche Merkmale soziologischer Analyse von Ungleichheit herausgestellt: (1) das Merkmal der Kategorisierung oder Typisierung von Personen durch deren Zuordnung zu bestimmten sozialen Orten; (2) das Merkmal der gesellschaftlichen Bewertung ungleicher Lebenslagen, d. h. der vertikalen Differenzierung einer gesellschaftlichen Struktur. Mit dem Terminus «sozialer Status» verbindet die Soziologie diese

beiden grundlegenden Konstruktionsprinzipien der Gesellschaft. Bekanntlich wurde in den vorindustriellen Gesellschaften der soziale Status für die überwiegende Mehrheit der Gesellschaftsmitglieder vererbt, d. h. über die Herkunftsfamilie tradiert, während er in modernen Gesellschaften – zumindest nach ihrem Selbstverständnis als demokratische, egalisierende Leistungsgesellschaften – erworben werden kann.

In einer sicherlich nur sehr globalen Zusammenfassung der modernen soziologischen Ungleichheitsforschung können wir sagen, daß in fortgeschrittenen Gesellschaften die Merkmale der *Ausbildung*, des *Berufs* und des *Einkommens* bei der Bestimmung des sozialen Status einer Person von ausschlaggebender Bedeutung sind. Mit der Herausstellung dieser drei Merkmale (sog. meritokratische Triade) wird wesentlichen gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen von der frühindustriellen zur modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft Rechnung getragen, so u. a. der Überwindung der traditionellen Klassenstruktur frühindustriell-kapitalistischer Gesellschaft, dem zentralen Stellenwert von Bildung als Berufsstatus-zuweisender, einkommensdifferenzierender und den allgemeinen Lebensstil bestimmender Größe sowie dem überragenden Einfluß, der mittelbar oder unmittelbar von der Erwerbstätigkeit auf die Qualität der Lebensverhältnisse der arbeitenden Bevölkerung und der von ihr abhängigen Sozialgruppen (Kinder, Hausfrauen, Alte) ausgeht.

Diese Entwicklungen haben innerhalb der Soziologie der letzten Jahrzehnte dazu geführt, soziale Ungleichheit sozialstrukturell als eine vertikal angeordnete Abfolge von Statuslagen zu interpretieren, die es gestattet, jedes Mitglied der Gesellschaft anhand der drei genannten Kriterien einer als relativ homogen gedachten Bevölkerungsgruppe zuzuordnen. Solche Bevölkerungsgruppen werden *soziale Schichten* genannt. Soziale Schichten sind demnach Personengruppen, welche sich im Hinblick auf «Lebensstandard, Chancen und Risiken, Glücksmöglichkeiten, aber auch Privilegien und Diskriminationen, Rang und öffentliches Ansehen» (Geiger, 1932) in vergleichbarer Lage befinden.

Soziale Ungleichheiten bei altersstandardisierten Sterberaten, vor allem im jungen und mittleren Erwachsenenalter, stellen den sichtbarsten und tiefgreifendsten Einfluß sozialer Faktoren auf die Verwirklichung von Lebenschancen und Lebenszielen dar, soweit diese über Gesundheit und Krankheit vermittelt sind. In einer großen Zahl entwickelter Industrieländer ist eine *inverse Beziehung* zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und *Sterblichkeit* nachgewiesen worden (vgl. z. B. Fox, 1988; Marmot, 1994; Mielck, 1994; Siegrist, 1996).

Abbildung 2 belegt diesen Zusammenhang anhand des Schichtungskriteriums «berufliche Stellung» am Beispiel der bekannten Whitehall-Studie aus Großbritannien (s. Kasten 1). Dort ist ebenfalls belegt, daß die Mortalitätsunter-

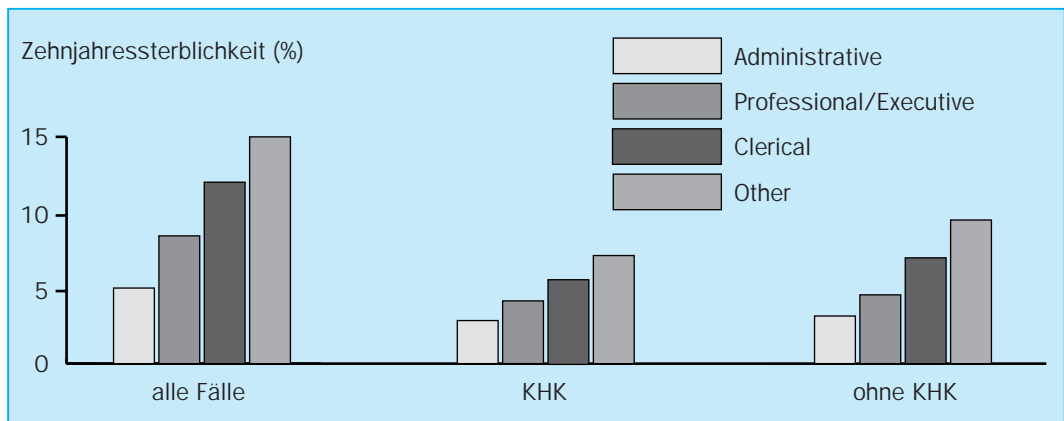


Abbildung 2: Altersangepaßte Sterblichkeitsraten nach beruflicher Stellung bei Angestellten des öffentlichen Dienstes (40–64 Jahre; n = 17 530); sog. Whitehall Study (Quelle: Marmot, 1994; Erläuterungen siehe Text). KHK = koronare Herzkrankheit. Administrative = leitende Beamte; Professional/Executive = qualifizierte Beamte/Angestellte; Clerical = einfache Beamte/Angestellte; other = restliche Angestellte (un- und angelernte).

Kasten 1

Die Whitehall II-Studie (Marmot et al., 1991)

Fragestellung

Überprüfung und Erklärung von Zusammenhängen zwischen sozialem Status (beruflicher Stellung) und Morbidität sowie Mortalität in einer repräsentativen großen Kohorte männlicher und weiblicher Beschäftigter in öffentlichen Verwaltungen in Großbritannien.

Methode

- *Stichprobe:* 10 308 Männer und Frauen im Alter von 35 bis 55 Jahren, die in den öffentlichen Verwaltungen Londons (Whitehall) beschäftigt sind. Beginn der Erhebung 1985. Bisher 3 Untersuchungswellen im Rahmen eines prospektiven epidemiologischen Studiendesigns.

- *Untersuchungsverfahren:* Biomedizinische, psychosozialologische und psychophysiologische Erhebungen mit standardisiertem Protokoll. Testung soziologischer und psychologischer Hypothesen zur Erklärung des sozialen Schichtgradienten. Endpunkte: Todesursachen, Inzidenz wesentlicher chronischer Erkrankungen, Prävalenz von Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen sowie des Bronchialkarzinoms, Prävalenz psychischer Störungen.

Ergebnisse

Der bereits in einer früheren Studie in Whitehall gefundene soziale Gradient der koronaren Herzkrankheit wird bestätigt, ebenso die bekannten Zusammenhänge zwischen Über-

gewicht, Rauchen, Bluthochdruck ungesunder Ernährung und Schichtzugehörigkeit. Zusätzlich finden sich Effekte in die erwartete Richtung (je niedriger der Status, desto ungünstiger nachfolgende Bedingungen) für sozio-emotionalen Rückhalt, Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz, schwere Lebensereignisse und chronische Schwierigkeiten sowie Feindseligkeit. Vereinzelt, aber nicht systematisch vermögen diese psychologischen und soziologischen Faktoren die Höhe biomedizinischer Risikofaktoren mit zu erklären (z. B. Blutgerinnungsneigung). Eine überzeugende Verbindung mit psychophysiologischen Daten ist bisher nicht gelungen. Weitere Ergebnisse beziehen sich auf Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und psychischen Störungen sowie neu aufgetretener koronarer Herzkrankheit (s. Abschnitt 2.4).

Praktische Bedeutung: Die Studie ist deshalb von besonderem Gewicht, weil sie über die fundierte Diskription des Zusammenhanges zwischen sozialer Schicht und Krankheit hinaus die verschiedenen, in den Abschnitten 2.1 bis 2.4 angesprochenen Erklärungsansätze überprüft und durch verfeinerte Maßansätze auslotet. Damit werden Ansatzpunkte für gezielte Präventions- und Interventionsmaßnahmen nicht nur auf der individuellen und interpersonellen Ebene, sondern auch auf der strukturellen Ebene (z. B. Arbeitsorganisation) aufgezeigt.

schiede im Erwerbsalter nach sozio-ökonomischen Kriterien sich seit Beginn der achtziger Jahre im Vergleich zum davorliegenden Dezenium vergrößert haben. Aber auch andere Kriterien sozialer Ungleichheit wie Bildungsgrad, Einkommen, Wohnsituation, belegen entsprechende Zusammenhänge. Besonders beunruhigend sind neue Daten aus den USA, die nicht nur den Zusammenhang zwischen Ausbildung oder Einkommen und Sterblichkeit belegen, sondern auch die Verschärfung sozialer Ungleichheiten bei der Lebenserwartung in jünger

ster Vergangenheit nachweisen (Pappas, Queen, Hadden & Fisher, 1993).

Erst in den vergangenen beiden Jahrzehnten ist die Rolle des Geschlechts beim Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit differenziert berücksichtigt worden. Aus heutiger Sicht läßt sich diesbezüglich folgendes festhalten. Erstens besteht der inverse Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Sterblichkeit auch bei Frauen, jedoch ist er hier im allgemeinen schwächer ausgeprägt als bei Männern (Fox, 1988). Zweitens weisen die

großen Variationen weiblicher Morbidität und Mortalität in verschiedenen Ländern und zu verschiedenen Zeitpunkten auf das starke Gewicht soziologisch faßbarer, die Ausformung der weiblichen Geschlechtsrolle betreffenden Einflüsse im Vergleich zu biologischen Einflüssen hin (MacIntyre, Hunt & Sweeting, 1996). Drittens schließlich zeigen sich die nachhaltigsten geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Gesundheit und Krankheit, die auch von sozialen Belastungserfahrungen maßgeblich beeinflußt werden, nicht so sehr bei schweren, zum Tode führenden Krankheiten, sondern vor allem im Bereich psychosomatischer Störungen und Befindlichkeitseinschränkungen (Mirowsky & Ross, 1995).

Eine für die Klinische Psychologie wichtige Frage bezieht sich auf den *sozialen Schichtgradienten* psychischer Störungen. Die zu dieser Frage klassische Studie wurde 1958 von Hollingshead und Redlich veröffentlicht. Sie wies nach, daß einzelne psychiatrische Diagnosen schichtspezifische Häufungen besaßen und erklärte diese Beziehungen teilweise durch soziale Differenzierungen von Inanspruchnahme und Angebot, teilweise durch soziogen wirkende, in unteren Schichten häufiger vorfindbare Belastungskonstellationen. Zwei neuere Studien belegen einen inversen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und sozialer Lage. Besonders ausgeprägt ist er für die schwerste Form psychischer Störungen, die Schizophrenie (Dohrenwend, 1975; Link, Dohrenwend & Skodol, 1986). Allerdings liegen gegenwärtig keine prospektiven epidemiologischen Studien vor, die diesen Zusammenhang als zweifelsfrei kausal nachweisen (vgl. auch Cockerham, 1989). Interessanterweise deuten sich bezüglich der kritischen Frage «soziale Verursachung» versus «soziale Selektion» Unterschiede zwischen den Störungsbildern Schizophrenie und Depression ab. So liefern Dohrenwend et al. (1992), insbesondere bei Frauen, deutliche Hinweise auf soziogenetische Einflüsse bei Depression, dagegen, sowohl bei Männern wie bei Frauen, deutliche Hinweise auf soziale Selektionsprozesse bei schizophrenen Erkrankungen. Eine neue repräsentative nordamerikanische Studie zeigt für die am weitesten verbreiteten psychischen Störungen einen deutlichen inversen sozialen Schichtgradienten, und zwar für Männer wie für Frauen (Kessler et al., 1994).

Die möglichen sozialen Belastungsfaktoren, die bei Frauen niedriger sozialer Schichtzugehörigkeit zu einem erhöhten Depressionsrisiko führen, sind in besonders eindrucksvoller Weise von der Arbeitsgruppe um George W. Brown erforscht worden (Brown & Harris, 1978; 1989). Danach ist zwar bei Frauen die Depressionsrate in unteren sozialen Schichten höher, aber dieser Effekt läßt sich im wesentlichen durch die Anhäufung spezifischer sozialer Belastungskonstellationen wie schweren Lebensereignissen in Kombination mit fehlendem sozialem Rückhalt erklären.

Brown und Harris' Studien zeigen den Weg auf, den eine für die Klinische Psychologie fruchtbare medizinsoziologische Forschung gehen muß: die Entwicklung und Testung analytischer Konzepte, mit deren Hilfe das schichtspezifische Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko erklärt werden kann und die Anwendung dieser Konzepte bei der Intervention und Prävention. In Abschnitt 2.4 werden drei solche analytische Konzepte skizziert und in eine allgemeinere theoretische Perspektive eingeordnet.

Zusammenfassend können wir festhalten, daß die Sterblichkeit im Erwerbsalter in allen entwickelten Industriegesellschaften, aus denen verwertbare Daten vorliegen, schichtenspezifisch variiert, und zwar bei Männern stärker als bei Frauen, bei Jüngeren stärker als bei Älteren. Die Zusammenhänge sind in der Regel linear: je ungünstiger der sozio-ökonomische Status, desto höher die Sterblichkeit. Faktoren wie Verfügbarkeit, Inanspruchnahme und Qualität medizinischer Leistungen spielen bei der Erklärung lediglich eine untergeordnete Rolle. Das Hauptgewicht kommt schichtenspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen zu (s. auch Abschnitt 2.4)

2.3 Lebensstil und Gesundheit

Wie man gesundheitliche Risiken durch eigenes Verhalten vermeidet oder vermindert, welche Verantwortung und Schonung man seinem eigenen Körper gegenüber walten läßt – dies ergibt sich in wesentlichem Maße aus sozialem Lernen während der primären *Sozialisierung* und aus gruppendynamischen Prozessen in der *Adoleszenz*. Gesundheitsschädigende Verhaltens-

weisen werden durch spezifische Angebotsstrukturen (Werbung, Verfügbarkeit von Genußmitteln) sowie durch psychosoziale Vulnerabilitäten in erhöhtem Maße begünstigt und stabilisiert. Solche psychischen und sozialen Vulnerabilitäten (Krisen des Selbst-Konzeptes während der Adoleszenz, sozialer und interpersoneller Problemdruck etc.) variieren nach sozialer Schichtzugehörigkeit und nach Geschlecht; sie sind häufig mit bestimmten Einstellungen, Werthaltungen und Gewohnheiten assoziiert und tragen in ihrer Gesamtheit zur Ausformung eines spezifischen «Lebensstils» bei. Weil einzelne gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum oder Bewegungsarmut Bestandteile eines solchen umfassenden Lebensstils sind, fällt ihre isolierte Veränderung, losgelöst von dessen Kontext, besonders schwer.

Gesundheitlich riskante Lebensstile finden sich in bildungsschwächeren Bevölkerungsgruppen im jungen und mittleren Erwachsenenalter zwei- bis dreimal so häufig wie in Gruppen mit 12- oder 13jähriger Schulbildung (Blaxter, 1990; Fox, 1988; Mielck, 1994). Berufliche Belastungserfahrungen (z. B. Schichtarbeit, Zeitdruck, Monotonie) verschärfen dieses Gefälle unter Umständen weiter.

Verschiedene Studien haben einen Schichtgradienten sowohl für gesundheitsschädigende Lebensstile wie für die Erkrankungshäufigkeit an Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Krebs (speziell Lungenkrebs) nachgewiesen. Interessanterweise vermögen jedoch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen nur einen begrenzten Anteil der Varianz der schichtspezifischen Krankheitsverteilung zu erklären: im Falle der koronaren Herzerkrankungen beispielsweise werden in einer groß angelegten Studie lediglich etwa 25 Prozent der Varianz erklärt (Marmot, 1994). Dies bedeutet, daß wir nach weiteren Antworten auf die Frage nach entscheidenden Determinanten sozial differentieller Morbidität und Mortalität suchen müssen.

2.4 Chronischer sozio-emotionaler Distress und Gesundheit

Drei Aspekte des Nutzens und der Kosten von Vergesellschaftung bezüglich menschlicher Ge-

sundheit sind erläutert worden: die Teilhabe am gesellschaftlichen Subsystem der Gesundheits-sicherung und Krankenversorgung, das Verfügen über materielle Bedingungen einer gesundheitsfördernden bzw. -schädigenden Lebensweise, und das Eingebundensein in gesellschaftlich geformte Lebensstile, welche gesundheitsschädigende Verhaltensweisen fördern oder verhindern. Abschließend soll ein vierter Aspekt erwähnt werden. Ihm kommt in einem biopsychosozialen Verständnis menschlicher Gesundheit und Krankheit zentrale Bedeutung zu.

Leiden an der Gesellschaft in Form von Gewalt, Benachteiligung, Überforderung, Ausschluß oder andern Arten zwischenmenschlicher Konflikte ruft starke, wiederkehrende *negative Emotionen* der Bedrohung, Angst und Hilflosigkeit, aber auch der Irritierung und Verärgerung hervor, die ihrerseits Aktivierungszustände im Organismus auslösen (chronischer sozio-emotionaler Distress). Vermittelt über das autonome Nervensystem, das neuroendokrine und das Immunsystem vermögen solche Aktivierungen längerfristig das geordnete Zusammenspiel physiologischer Funktionen zu beeinträchtigen und pathophysiologische Prozesse zu begünstigen, bis hin zu organischen Läsionen. Diese Kette von Ereignissen ist bisher in besonders überzeugender Weise für Herz-Kreislauf-Krankheiten nachgewiesen worden, gilt aber zweifellos auch für eine Reihe anderer chronischer Erkrankungen, insbesondere dann, wenn das Immunsystem in die Pathogenese einbezogen ist.

In soziologischer Perspektive ergibt sich die Intensität und Dramatik *sozio-emotionaler Distresserfahrungen* aus der Tatsache, daß diese Erfahrungen grundlegende Bedürfnisse des Individuums nach einem erfolgreichen Austausch zwischen selbstregulatorischen Aktivitäten (v. a. positiven Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Selbstbewertung und Selbsteinbindung; s. u.) einerseits und gesellschaftlicher Chancen- und Belohnungsstruktur andererseits gefährden. Diese drei, für das individuelle Wohlbefinden wichtigen selbstregulatorischen Bedürfnisse realisieren, externalisieren sich in der Regel im Medium eines dem Individuum verfügbaren *sozialen Status* und der mit ihm korrespondierenden sozialen Rolle (Erwerbsrolle, Familien- oder Partnerrolle, Mitgliedsrolle in Organisatio-

nen, Vereinen etc.). Indem die Gesellschaft dem Individuum einen sozialen Status zuweist, ermöglicht sie ihm – und erwartet zugleich von ihm – Leistungen, welche die sozio-emotionale Motivation der Selbstwirksamkeit aktivieren. Mit der Statuszuweisung verpflichtet sie sich zugleich, Rückmeldungen über diese Leistungen in Form gewährter oder versagter Belohnungen zu geben und damit der sozio-emotionalen Motivation der Selbstbewertung zu entsprechen. Den Kontinuitätssichernden Rahmen für diese Erfahrungen stellt die Gesellschaft durch die Vergabe von Mitgliedschaftsrollen sicher; damit entspricht sie der sozio-emotionalen Motivation der Selbsteinbindung oder Zugehörigkeit (Siegrist, 1996).

Mit dieser Korrespondenz von statusgebundenen Optionen und von sozio-emotionalen Motivationslagen ist ein kategorialer Rahmen geschaffen, der erlaubt, die Dynamik des Austausches zwischen Individuum und Gesellschaft bezüglich ihrer gesundheitlichen Auswirkungen genauer zu analysieren. Dabei wird angenommen, daß von Erfahrungen gelungener status-vermittelter Selbstregulation starke positive Emotionen ausgehen, wie andererseits fehlende oder mißlungene status-vermittelte Selbstregulationen chronischen Distress auslösen. Affektiv gebahnte Prozesse der Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsempfänglichkeit werden somit durch das Zusammenspiel von

sozio-emotionalen Motivationen des einzelnen und der gesellschaftlichen Chancen- und Belohnungsstruktur moduliert. Der Kern dieser Argumentation ist in Abbildung 3 anschaulich zusammengefaßt.

Auf diesem Hintergrund lassen sich nun verschiedene *soziogenetische Modelle* der Krankheitsentstehung bzw. -verhütung besser verstehen. Das Modell des *sozio-emotionalen Rückhalts* bzw. der sozialen Unterstützung (social support) geht von der Annahme aus, daß eine Person in ihrem sozialen Netzwerk dergestalt vergesellschaftet ist, daß eine oder mehrere enge, zuverlässige und vertrauensvolle Bindungen bestehen, von deren Aktivierung insbesondere in Krisen- und Belastungssituationen eine wichtige Schutzwirkung ausgeht (House, Landis & Umberson, 1988). Das distressmindernde Potential sozialen Rückhalts ist wesentlich auf positive Gefühle im Zusammenhang mit erlebter Zugehörigkeit und erfahrener Unterstützung zurückzuführen, die das Selbstwertgefühl erhöhen können und die auf der Ebene neuroendokriner Aktivierungen anabole, regenerationsfördernde Prozesse stimulieren (Broadhead, 1984). Zahlreiche Studien haben den Zusammenhang zwischen sozio-emotionalem Rückhalt und Krankheitsrisiko untersucht (z.B. Berkman & Syme, 1979; Brown & Harris, 1978, 1989; Cohen, 1988; House, 1981; House et al., 1988; als Überblick Siegrist, 1996).

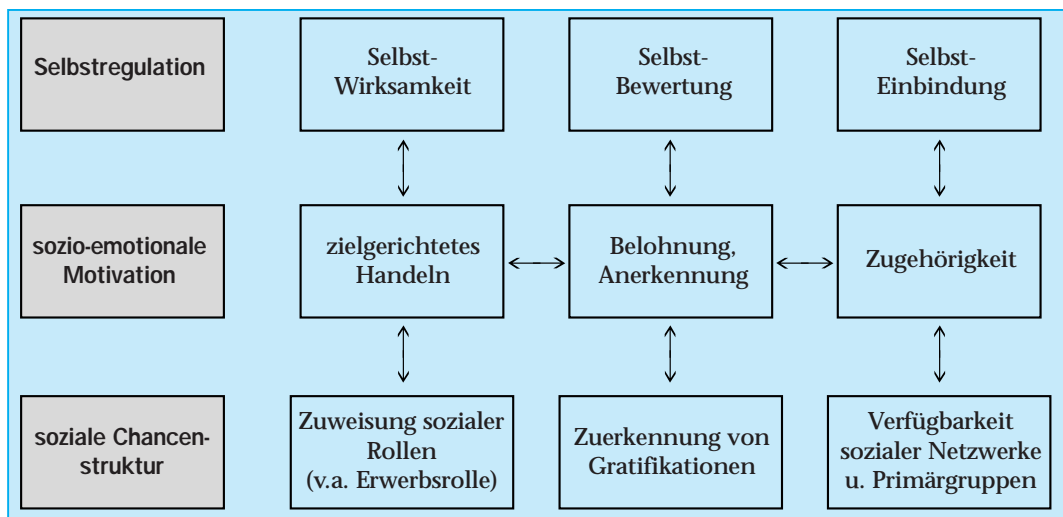


Abbildung 3: Schema zum Zusammenhang von Bedürfnissen der Selbst-Regulation mit der sozialstrukturellen Chancenstruktur.

Zwei weitere soziogenetische Modelle, die sich in das skizzierte Bezugssystem einfügen, betreffen das Erwerbsleben: das *Anforderungs-Kontroll-Modell* definiert Distress als Folge erfahrener Arbeitsbelastungen, die aus einem spezifischen Aufgabenprofil des Arbeitsplatzes resultieren. Es handelt sich um Aufgaben, die einerseits durch quantitativ hohe Anforderungen (z. B. Zeitdruck), andererseits durch einen niedrigen Entscheidungs- und Kontrollspielraum gekennzeichnet sind. Positive Erfahrungen der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertgefühls werden dadurch behindert, affektive Spannungszustände können nicht angemessen abgebaut werden. Die herz-kreislauf-relevanten Wirkungen solcher Arbeitsbelastungen sind in einer beeindruckenden Zahl prospektiver und retrospektiver epidemiologischer Studien sowie in experimentellen Untersuchungen überzeugend belegt worden (Karasek & Theorell, 1990; Schnall et al., 1994).

Ein zweites Konzept, das *Modell beruflicher Gratifikationskrisen*, geht von der Annahme aus, daß chronischer sozio-emotionaler Distress aus der Erfahrung eines Ungleichgewichts zwischen hoher Verausgabung am Arbeitsplatz und vergleichsweise geringer Belohnung erfolgt. Belohnungen betreffen in diesem Modell nicht nur das Geld, sondern auch die Achtung und Anerkennung durch Vorgesetzte und Mitarbeiter, sowie die berufliche Statuskontrolle (z. B. Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsplatzsicherheit). Hier bestimmt die Diskrepanz zwischen hohen Selbstwirksamkeitserfahrungen und geringem Selbstwörterleben (infolge nicht angemessener Belohnungen) die Distresswirkung. Auch dieses Modell ist in verschiedenen Längs- und Querschnittstudien überprüft und in seiner prädiktiven Bedeutung für Herz-Kreislauf-Risiken bestätigt worden (Siegrist, 1996).

Neueste, noch unveröffentlichte Ergebnisse aus der Whitehall II-Studie zeigen, daß beide Modelle, das Anforderungs-Kontroll-Modell und das Modell Beruflicher Gratifikationskrisen, bei simultaner Testung eigenständiger Beiträge zur Vorhersage neu diagnostizierter koronarer Herzkrankheit bzw. neu aufgetretener Agina pectoris Beschwerden liefern, und zwar bei Männern ebenso wie bei Frauen. Bei acht Prozent der Männer und Frauen, die unter hoher Verausgabung in Kombination mit niedrigen Gratifikationen und unter einem gerin-

gen Entscheidungsspielraum an Ihrem Arbeitsplatz leiden, treten Angina pectoris Beschwerden erstmals auf, jedoch nur bei einem Prozent der Beschäftigten ohne berufliche Gratifikationskrise und ohne geringen Entscheidungsspielraum (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998).

3. Schlußbemerkung

Die Berücksichtigung soziologischer Gesichtspunkte bei der Analyse körperlicher und seelischer Störungen dient nicht nur dem Gewinnen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, sondern besitzt auch unmittelbar praktische Bedeutung. So konnte mittlerweile in einer Reihe von Interventionsstudien eindrucksvoll belegt werden, daß interpersonelle und strukturelle Maßnahmen, welche die Korrespondenz zwischen Selbstregulation, sozio-emotionaler Motivation und gesellschaftlicher Chancen- und Belohnungsstruktur zu erhöhen vermögen, günstige gesundheitliche Wirkungen hervorbringen. Dies ist beispielsweise im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung anhand arbeitsorganisatorischer Innovationen gezeigt worden (Karasek & Theorell, 1990; Siegrist 1996), ebenso im Bereich sekundärpräventiver Programme zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung durch sozio-emotionalen Rückhalt und verbesserte Selbstregulation (Frasure-Smith & Prince, 1989). Der Klinischen Psychologie stellen sich mit einer Integration soziologischer Erkenntnisse damit auch praktisch bedeutsame neue Aufgaben in Diagnostik, Therapie und Prävention.

4. Literatur

- Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1983). Models of health-related behavior. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions* (pp. 539–553). New York: The Free Press.
- Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186–204.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyle*. London: Tavistock.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68–74.

- Broadhead, W.E., Caplan, B.H., James, S.A. & Gehlbach, S.H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521–537.
- Brown, G.W. & Harris, T.O. (1978). *Social Origins of Depression*. London: Tavistock.
- Brown, G.W. & Harris, T.O. (Eds.). (1989). *Life Events and Illness*. New York: Guilford.
- Buchmann, M. (1985). Krankheitsverhalten: Die Bedeutung von Alltagsvorstellungen über Gesundheit und Krankheit. In A. Gebert, F. Gutzwiller, C. Kleiber & G. Kocher (Hrsg.), *Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit* (S. 71–91). Horgen, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheit und Politik (SGGP), Nr. 9.
- Cockerham, W.C. (1989). *Sociology of Mental Disorder*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Cockerham, W.C. (1992). *Medical Sociology* (5th ed). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 265–297.
- Croog, S.H. & Levine, S. (1977). *The Heart Patient Recovers*. New York – London: Human Sciences Press.
- Dohrenwend, B.P. (1975). Social cultural and social psychological factors in the Genesis of mental disorders. *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 365–392.
- Dohrenwend, B.P., Bruce, P., Levav, I., Shrout, P., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B., Skodal, A. & Stueve, A. (1992). Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: The Causation Selection Issue. *Science*, 255, 946–952.
- Fox, A.J. (Ed.). (1988). *Social Inequalities in Health in Europe*. London: Gower.
- Frasure-Smith, N. & Prince, R. (1989). Long-term follow-up of the ischemic life stress monitoring program. *Psychosomatic Medicine*, 51, 485–493.
- Geiger, T. (1932). *Die soziale Schichtung des deutschen Volkes*. Stuttgart: Enke.
- Hildenbrand, B. (1983). *Alltag und Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1958). *Social Class and Mental Illness*. New York: Wiley.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Mass.: Addison-Wesley.
- House, J.S., Landis, K. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- Hulka, B.S & Wheat, J.R. (1985). Patterns of utilization. The patient perspective. *Medical Care*, 23, 438–460.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–15.
- Link, B.G., Dohrenwend, B.P. & Skodol, A.E. (1986). Social Economic Status and Schizophrenia. *American Sociological Review*, 51, 242–258.
- Macintyre, S., Hunt, K. & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine*, 42, 617–624.
- Marmot, M.G. (1994). Social differentials in health within and between populations. *Daedalus*, 123, 197–216.
- Marmot, M.G., Davey Smith, G. & Stansfeld, S. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study. *Lancet*, 337, 387–393.
- McKeown, T. (1982). *Die Bedeutung der Medizin*. Frankfurt: Suhrkamp (engl. London 1979).
- Mechanic, D. (1983). The experience and expression of distress: The study of illness behavior and medical utilization. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions* (pp. 591–608). New York: The Free Press.
- Mielck, A. (Hrsg.). (1994). *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich.
- Mirowsky J. & Ross C.E. (1995). Sex differences in distress. *American Sociological Review*, 60, 449–468.
- Pappas, G., Queen, S., Hadden, W. & Fisher, G. (1993). The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine*, 329, 103–109.
- Schnall, P.L., Pieper, C., Schwartz, J.E., Karasek, R.A., Schlusell, Y., Devereux, R.P. & Pickering, T.G. (1990). The relationship between job strain, workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index: results of a case-control study. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1929–1935.
- Siegrist, J. (1995). *Medizinische Soziologie* (5. Auflage). München: Urban & Schwarzenberg.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Townsend, P., Davidson, W. & Whitehead, W. (1988). *Inequalities in Health*. London: Penguin Books (zuerst P. Townsend (1982). The Black Report).