

1 Einleitung

„Nur zwei von ihnen werden 20 Jahre alt werden“ war auf Plakaten mit vier ernst blickenden, dunkelhäutigen Fünfjährigen in zerrissenen T-Shirts, die im Sommer 1999 in deutschen Städten hingen, zu lesen. Es wollte uns an die schlechten Lebensbedingungen in Ländern der Dritten Welt erinnern, und zu Spenden aufrufen. Angesichts solcher Aussichten erscheinen die Lebensbedingungen und die medizinische Versorgung in den Industrieländern als geradezu paradiesisch. Aber dennoch belegt eine Vielzahl von medizinsoziologischen Studien, dass die Kluft zwischen guten und schlechten Gesundheitschancen nicht nur zwischen armen und reichen Ländern verläuft, sondern dass auch innerhalb der Länder ein erhebliches Gefälle herrscht, und zwar selbst dort, wo ein staatliches Gesundheitswesen oder eine gesetzliche Krankenversicherung Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung garantieren.

Auf welchen Mechanismen beruhen sozial ungleich verteilte Gesundheitschancen? Die Medizinsoziologie unterscheidet fünf Faktorenbündel, die die Gesundheit beeinflussen. Diese Faktoren sind: (1) die genetischen Anlagen, (2) die medizinische Versorgung, (3) die natürliche und physische Umwelt (wie z.B. Klima, Umweltbelastungen), (4) die soziale Umwelt in Form von Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen und (5) das Verhalten und die Lebensführung (vgl. Siegrist 1996: 51; Becker 1998). Über die Frage, welches Gewicht die einzelnen Faktoren tatsächlich haben, liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor. Darüber hinaus dürfte die relative Bedeutung der Faktoren von Einzelfall zu Einzelfall variieren. Weitgehender Konsens herrscht allerdings darüber, dass die meisten dieser Faktoren in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit Dimensionen sozialer Ungleichheit, wie Bildung, Einkommen, Vermögen, Lebensstilen oder Lebenslagen stehen. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zeigt deutliche schichtspezifische Unterschiede und die Möglichkeit, sich angenehme Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen zu schaffen, hängt unmittelbar von Einkommen, Vermögen und Bildung ab. Auch gesundheitsbewusstere Verhaltensweisen sind häufiger in mittleren und oberen Schichten zu finden, sei es nun aufgrund einer größeren Bedeutung, die der Gesundheit beigemessen wird, oder schlicht aufgrund besserer finanzieller Möglichkeiten. Und schließlich können auch Risiken, die aus der natürlichen Umwelt herrühren, von besser situierten Menschen eher wahrgenommen, leichter verkraftet oder vermieden werden. Man kann also konstatieren, dass sowohl gesundheitsgefährdende Risiken, wie auch Ressourcen, die dem Erhalt oder der Wiederherstellung von Gesundheit dienen können, sozial ungleich verteilt sind.

Eine wichtige gesundheitsfördernde Ressource sind soziale Beziehungen. Eine breite medizinsoziologische Literatur stützt die These einer positiven Wirkung von „social support“ auf die Gesundheit. Ob soziale Beziehungen und die über sie vermittelte Wirkung auf Gesundheit auch durch die Dimensionen sozialer Ungleichheit beeinflusst sind, soll im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden. Die Kernthese lautet

mithin, dass soziale Beziehungen einen Einfluß auf die Gesundheit haben. Schlagen sich in den Möglichkeiten, soziale Beziehungen zu knüpfen, auch Dimensionen sozialer Ungleichheit nieder, d.h., geht eine schlechtere soziale Lage auch einher mit eingeschränkten Möglichkeiten der sozialen Einbindung? Oder dienen soziale Beziehungen vielmehr dazu, z.B. fehlende finanzielle Mittel auszugleichen, d.h. soziale Benachteiligungen zu kompensieren, was zu einer negativen Korrelation von Dimensionen sozialer Ungleichheit zumindest mit bestimmten Indikatoren sozialer Einbindung führt? In dieser Arbeit soll also untersucht werden, ob der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheit zumindest teilweise durch unterschiedliche soziale Ressourcen erklärt werden kann.

Vorauszuschicken ist, dass in dieser Arbeit Gesundheit meist als Wohlbefinden oder als Abwesenheit von Allgemeinbeschwerden definiert wird. Da zur Untersuchung der Fragestellungen nur Datensätze herangezogen werden konnten, die nicht für diesen Zweck erhoben wurden, musste mit den vorhandenen, in soziologischen Studien oft recht rudimentären Einschätzungen des Gesundheitszustandes gearbeitet werden. Erhoben wurde in der Regel die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, die im Rahmen der Analysen als zentraler Indikator für Gesundheit verwendet wird. Darüber hinaus erfassen einzelne Studien Allgemeinbeschwerden als einen weiteren Indikator für gesundheitliches Wohlbefinden. Dass diese Datenlage jedoch kein Grund ist, sich von der Forschungsfrage zu verabschieden, belegt eine jüngst von Ferraro und Farmer (1999) veröffentlichte amerikanische Studie. Ferraro und Farmer haben die Vorhersagevalidität selbst berichteter Erkrankungen und von Medizinern erfasster Erkrankungen verglichen und stellten fest, dass man bei Weißen eine Korrelation beider Konzepte mit der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, bei Schwarzen nur eine Korrelation der Selbsteinschätzung der Erkrankungen, nicht jedoch der medizinischen Untersuchung mit dem Gesundheitszustand findet. Auch bei der Vorhersage von Mortalität waren die von Medizinern erfassten Befunde von geringerer Erklärungskraft als die von Befragten selbst berichteten Erkrankungen. Unter „Gesundheit“ wird in dieser Arbeit also die Selbsteinschätzung des Wohlbefindens und die durch Befragte berichtete Abwesenheit von Allgemeinbeschwerden verstanden.¹

Die Definition von Gesundheit durch die WHO als „umfassendes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ in dieser Studie anzuwenden, wäre nicht zielführend, weil dies zu einem Zirkelschluss von sozialer Einbindung auf soziales Wohlbefinden führen würde. Von Kaplan (1985) wurde die WHO-Definition kritisiert,

1 Eine weitergehende Differenzierung des Alltagsverständnisses von Gesundheit, wie sie beispielsweise in der qualitativen Untersuchung von Faltermeier et al. (1998: 87-89) vorgeschlagen wird, kann mit den zur Verfügung stehenden Datensätzen nicht umgesetzt werden. Die Studie zum Alltagsverständnis von Gesundheit unterscheidet positive und negative Konnotationen des Gesundheitsbegriffes. Als negative Alltagsdefinitionen von Gesundheit werden die Abwesenheit von Krankheit, das Fehlen spezifischer körperlicher Beschwerden und das Fehlen von allgemeinen gesundheitlichen Problemen verstanden. Demgegenüber finden sich positive Konnotationen von Gesundheit als Handlungsfähigkeit, als Leistungsfähigkeit, als Stärke oder Kraft, als Wohlbefinden und als Harmonie bzw. Gleichgewicht. In den qualitativen Interviews wurde deutlich, dass das Alltagsverständnis von Personen aus vielfältigen Kombinationen dieser Elemente bestimmt sein kann, wobei häufig positive Definitionselemente überwiegen.

weil soziale Beziehungen bzw. soziale Ressourcen als externer Faktor in die Analysen der Determinanten von Gesundheit eingebracht werden sollten. Dies sei schon deshalb notwendig, weil nicht geklärt sei, welche Kausalrichtung der Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit habe (Kaplan 1985: 107). Die Integration sozialer Aspekte in die Definition von Gesundheit durch die WHO soll vielmehr als Hinweis auf die Relevanz der in dieser Arbeit verfolgten Fragestellung bewertet werden. Das Verständnis der WHO von Gesundheit hat seine Berechtigung im Rahmen einer normativen Empfehlung politischer Zielsetzungen, weist aber im Hinblick auf eine empirische Umsetzung gravierende Nachteile auf.

Um die Frage zu untersuchen, ob die soziale Einbindung den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit (zumindest teilweise) erklärt, werden folgende Argumentationsschritte gemacht. Im zweiten Kapitel dieser Arbeit werden die Konzepte der Theorien sozialer Ungleichheit und Differenzierung skizziert. Vor diesem Hintergrund werden die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zum Zusammenhang von sozioökonomischer Lage und Morbidität und Mortalität dargestellt, um den Ausgangspunkt der Fragestellung empirisch zu belegen. Dieser Abschnitt dient auch der Prüfung der Frage, inwieweit neuere Entwicklungen der Beschreibung sozialer Ungleichheit und gesellschaftlicher Differenzierung bereits Eingang in die Untersuchung ungleicher Gesundheitschancen gefunden haben. Das zweite Kapitel schließt mit einer Auflistung von Erklärungen für den Schichtgradienten, der in den referierten Untersuchungen immer wieder bestätigt wurde. Soziale Beziehungen sind eine Dimension der sozialen Ressourcen, die neben sozial ungleich verteilten Umwelttrisiken und Stressfaktoren, unterschiedlicher Gesundheitsversorgung und schichtspezifischem Gesundheitsverhalten zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheit herangezogen werden. Die vorliegende Arbeit greift also eine dieser Erklärungen auf und versucht, ihre Stichhaltigkeit empirisch zu prüfen.

Das dritte Kapitel entfernt sich zunächst noch einmal von dieser konkreten empirischen Fragestellung, um die Behandlung sozialer Beziehungen in der soziologischen Theorie zu betrachten. Soziale Beziehungen werden in dieser Arbeit als Konzept der Mesoebene verstanden, das in der Lage ist, eine Brücke zwischen der Makro- und der Mikroebene zu schlagen. Welche Funktionen soziale Beziehungen als Handlungskontext von individuellen Akteuren haben und wie dieser Handlungskontext selbst aus den Interaktionen der Akteure entsteht, ist der Gegenstand dieses theoretischen Kapitels. Die Netzwerktheorie wird eingeführt als Instrumentarium, um diese Funktionen zu untersuchen. In diesem Abschnitt wird auch dargestellt, auf welchen grundlegenden soziologischen Annahmen die Netzwerktheorie beruht. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird der Frage nachgegangen, inwiefern soziale Beziehungen als Ressource zu verstehen sind, indem der Begriff des „sozialen Kapitals“ eingeführt wird. Welche grundlegenden soziologischen Gesetzmäßigkeiten soziale Beziehungen kennzeichnen, ist das abschließende Thema dieses theoretischen Kapitels.

Nach diesen allgemeinen theoretischen Ausführungen dienen die folgenden Kapitel (4 bis 7) der Begründung der bei der Operationalisierung von sozialen Beziehungen aufgefächerten Dimensionen und der Darstellung des Forschungsstandes zum

Zusammenhang zwischen diesen Dimensionen sozialer Beziehungen und der Gesundheit. In der Gruppe der Kapitel 4 bis 7 hat das vierte Kapitel eine übergreifende Funktion. Es stellt zunächst das in Anlehnung an James S. House und Kollegen entwickelte Modell der kausalen Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen, Stress und Gesundheit dar. Ein Verdienst dieses Modells ist die Systematisierung der in der vorliegenden Literatur in divergierender und verwirrender Weise gebrauchten Begriffe zur Beschreibung sozialer Beziehungen. Das Modell von James S. House unterscheidet die Dimensionen „soziale Integration“, „Netzwerkstruktur“ sowie „Beziehungsinhalte“ mit den Ausprägungen „sozialer Unterstützung“, „sozialen Belastungen“ und „sozialer Regulation“ (House et al. 1988). Um einer babylonischen Sprachverwirrung vorzubeugen, sei bereits an dieser Stelle angemerkt, dass die Begriffe „soziale Beziehungen“, „soziale Einbindung“ und „Relation“ als Oberbegriffe verwendet werden. In Anlehnung an House et al. (1988) bezeichnen also die Konzepte „soziale Integration“, „Netzwerkstruktur“ und „Beziehungsinhalte“ die drei grundlegenden Dimensionen sozialer Beziehungen, wobei „soziale Unterstützung“ bzw. „social support“, „soziale Regulation (Kontrolle)“ und „soziale Belastungen“ wiederum Indikatoren der Beziehungsinhalte sind.

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit erlangt durch zwei methodische Problemstellungen spezifische Komplexität. Das erste Problem beruht auf der Frage, ob sich soziale Beziehungen stets oder nur im Fall von schwierigen Lebenssituationen positiv auf die Gesundheit auswirken (Direkt- oder Puffereffekt). Das zweite Problem betrifft die Richtung der Kausaleffekte: Nicht nur soziale Beziehungen können einen Einfluß auf die Gesundheit haben, sondern auch umgekehrt, die Möglichkeiten, soziale Beziehungen zu unterhalten, können vom Gesundheitszustand beeinflusst sein. Da die Wirkung sozialer Beziehungen auf die Gesundheit über psychische Prozesse vermittelt ist, soll nach der Präsentation des Gesamtmodells und der methodischen Aspekte die vorliegende psychologische Forschung zu den Mechanismen des Einflusses von sozialen Beziehungen auf die Gesundheit kurz zusammengefasst werden.

Nach diesen übergreifenden Ausführungen wenden sich die nachfolgenden Kapitel (5 bis 7) jeweils einzelnen Dimensionen sozialer Beziehungen zu. Im einzelnen sind dies die Dimension „soziale Integration“ im fünften Kapitel, die Dimension „Netzwerkstruktur“ im sechsten und die „Beziehungsinhalte“ im siebten Kapitel. In diesen Kapiteln werden zunächst die jeweils betrachteten Dimensionen sozialer Beziehungen theoretisch beschrieben. Dann wird auf mögliche Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels auf die Integrationsfunktion der verschiedenen Lebensbereiche und die daraus abzuleitenden Effekte für die Gesundheit eingegangen. Die Kapitel (bzw. Abschnitte, wenn mehrere Teilaspekte unterschieden werden) schließen mit einem Forschungsüberblick zum Zusammenhang der jeweils betrachteten Dimension sozialer Beziehungen und Gesundheit. Die theoretischen Ausführungen und die Darstellung vorliegender Forschungsergebnisse münden in der Formulierung konkreter Forschungshypothesen, die im nachfolgenden, empirischen Teil der Arbeit untersucht werden.

Zur Prüfung der Hypothesen werden zwei Datensätze, der Wohlfahrtssurvey 1993 und der Familiensurvey des DJI herangezogen. Ein zentrales Problem bei der Untersuchung der Fragestellung ist das Fehlen eines Datensatzes, der es erlaubt, die Fragestellung vollständig umzusetzen. Anforderungen an eine ideale Datenquelle wären (1) die Operationalisierung sämtlicher theoretischer Konstrukte (soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen, kritische Lebensereignisse und Belastungen sowie Gesundheit) durch multiple Indikatoren aller relevanten Dimensionen und (2) ein Längsschnitt-design, um auch die Frage der Kausalstruktur angemessen umsetzen zu können. Da diese Anforderungen von keiner verfügbaren Datenquelle erfüllt werden, werden die Analysen mit den beiden erwähnten Datensätzen durchgeführt.

Im achten und neunten Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Analysen präsentiert. Zunächst wird der Wohlfahrtssurvey 1993 untersucht, dessen Vorzug die Möglichkeit zur Operationalisierung von Lebensstilen ist (Kapitel 8). Damit wird die seit langem eingeforderte Anknüpfung medizinsoziologischer Studien an neuere Entwicklungen im Bereich der Soziologie sozialer Ungleichheit und Differenzierung hergestellt.

Waren mit der ersten Datenquelle nur recht eingeschränkte Möglichkeiten zur Umsetzung auch struktureller Dimensionen sozialer Beziehungen verbunden, so bietet der Familiensurvey des Deutschen Jugendinstituts eine umfassende Operationalisierung der Struktur sozialer Netzwerke. Gleichzeitig kann die Kausalhypothese wieder geprüft werden, da der Familiensurvey ein Paneldesign aufweist (Kapitel 9).

Die in den Kapitel 8 und 9 ermittelten Ergebnisse werden in der abschließenden Diskussion (Kapitel 10) noch einmal an die in den Kapitel 5 bis 7 aufgestellten Forschungshypothesen rückgebunden. Darüber hinaus dient dieses Kapitel der Beschreibung des theoretischen Ertrages der vorliegenden Arbeit und dem Aufzeigen von Perspektiven für zukünftige Forschungsanstrengungen auf diesem Gebiet.