

Andreas Mielck

## Soziale Schicht und Krankheit: Forschungsstand in der Bundesrepublik (alte Länder)

Bei der Analyse des Themas 'soziale Schicht und Krankheit' können drei aufeinander aufbauende Fragen unterschieden werden:

1. Gibt es im Gesundheitszustand und in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Unterschiede nach sozialer Schicht?
2. Warum gibt es diese Unterschiede?
3. Wie können diese Unterschiede verringert werden?

Die erste Frage bildet den Ausgangspunkt der Diskussion; ohne den empirischen Nachweis von Unterschieden sind die nachfolgenden zwei Fragen von relativ geringer Bedeutung. In einem zweiten Schritt müssen Hypothesen über die Ursachen der Ungleichheit entwickelt und empirisch überprüft werden, um schließlich die Unterschiede verringern zu können. Auch wenn diese Stufenfolge stark vereinfacht ist und eine Utopie ausdrückt, so kann sie doch als Richtschnur für Aufgaben und Probleme bei der Erforschung des Themas 'soziale Schicht und Krankheit' dienen.

In der Bundesrepublik ist der Weg bis zur Erfüllung dieser Utopie offenbar besonders weit. Bisher ist noch nicht einmal der ersten Frage viel Aufmerksamkeit gewidmet worden, und auch ein relativ vollständiger Überblick über vorliegende empirische Ergebnisse ist m.W. nicht vorhanden. Es erscheint daher besonders wichtig, den Stand der empirischen Forschung in den alten Ländern aufzuzeigen, um so den großen Forschungsbedarf verdeutlichen zu können, anderen Forschergruppen die Einarbeitung zu erleichtern, und um schließlich darauf hinweisen zu können, daß schon die derzeit vorliegenden sehr lückenhaften empirischen Ergebnisse auf erhebliche Unterschiede schließen lassen. Auf theoretische Modelle zur Erklärung von sozialen Ungleichheiten kann dagegen aus Platzgründen nur kurz eingegangen werden.

Die Begriff 'soziale Schicht' wird zumeist mit Hilfe von drei Variablen operationalisiert: Schulbildung, Beruf und Einkommen. Auch der Begriff 'Krankheit' muß konkretisiert werden, die folgenden vier Variablen können die wesentlichen Problembereiche erfassen: Mortalität, Morbidität, Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Gesundheitsrisiken. Aus der Schnittmenge der Variablen für soziale Schicht einerseits und Krankheit andererseits

ergibt sich somit ein Raster für die Suche nach empirischen und theoretischen Diskussionsbeiträgen. Eine Einbeziehung weiterer Dimensionen potentieller Ungleichheit in Gesundheit und Gesundheitsversorgung (z.B. nach Staatszugehörigkeit) wäre wünschenswert, würde jedoch den Rahmen dieses Beitrags sprengen.

## Historischer Abriss der Diskussion

Die umfangreichste deutschsprachige Sammlung von empirischen Arbeiten stammt bemerkenswerterweise aus dem Jahre 1913 (Mosse & Tugendreich 1981). Auf knapp 900 Seiten wird in 20 Beiträgen eine Fülle von empirischen und theoretischen Analysen zur Frage der 'sozialen Ätiologie und sozialen Therapie von Krankheiten' vorgestellt. So werden z.B. bei Tuberkulose, Nervenkrankheiten und Alkoholismus Unterschiede nach Beruf und Schulbildung beschrieben. Die Diskussion wird ergänzt durch Beiträge über die Einflüsse von Ernährung und von Wohn- und Arbeitsbedingungen; d.h. von den oben genannten Fragen wird nicht nur die erste, sondern auch die dritte angesprochen.

In der Bundesrepublik Deutschland (alte Länder) begann eine verstärkte Diskussion des Themas 'soziale Schicht und Krankheit' erst Mitte der 70er Jahre. In einem Projekt unter der Leitung von E. Jahn wurden Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Lindau aus dem Jahr 1975 ausgewertet. Im Vordergrund standen dabei Vergleiche von Arztkontakten, ärztlichen Leistungen, Arzneimittel-Verordnungen, Inanspruchnahmen von Früherkennungsuntersuchungen und Arbeitsunfähigkeitsfällen nach sozioökonomischem Status (z.B. ungelerner Arbeiter, Facharbeiter, einfacher Angestellter, qualifizierter Angestellter).

Ungefähr zur gleichen Zeit wurde von H. Abholz ein Buch herausgegeben, welches häufig als Standardwerk der Sozialepidemiologie in der Bundesrepublik angesehen wird (Abholz 1976a). Der damalige Forschungsstand in der Bundesrepublik wird dadurch verdeutlicht, daß von den insgesamt 13 Beiträgen nur vier empirische aus der Bundesrepublik stammen. Auch der Herausgeber weist auf dieses Dilemma ausdrücklich hin: »Für die BRD und Westberlin sind nur einige, im Vergleich zu den englischen und amerikanischen Untersuchungen in Umfang und Methodik weniger entwickelte Arbeiten vorhanden. Dies ist darin begründet, daß in der BRD keine ausreichende Gesundheits- und Sozialstatistik geführt wird und sozialmedizinische Forschung weiterhin vernachlässigt wird« (Abholz 1976b, S. 15)

Schichtenspezifische Versorgungsprobleme standen erstmals zu Beginn der 80er Jahre im Zentrum eines größeren Symposiums (Hauß et al. 1981). Viele namhafte Wissenschaftler aus der Bundesrepublik und Vertreter des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) nahmen an diesem Symposium teil. Es wurde auch der Entwurf des Forschungsschwerpunkts 'Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen' vorgestellt, in welchem in der Folgezeit einige Projekte gefördert wurden (BMA 1987, BMA 1990). Dennoch war mit dem Symposium der Höhepunkt der Diskussion erreicht; in den 80er Jahren nahm das Interesse am Thema 'soziale Schicht und Krankheit' erheblich ab.

In jüngerer Zeit ist jedoch eine Wiederbelebung zu beobachten. So hatte die gemeinsame Jahrestagung der beiden Sektionen Sozialpolitik und Medizinsoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Mai 1989 'Strukturen und Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung' zum Thema (Buhr et al. 1989 und 1990). In dem Endbericht der Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Wichtigkeit von schichtenspezifischen Analysen ausdrücklich hervorgehoben (Enquete-Kommission 1990). Auch der vorliegende Argument-Band könnte dazu beitragen, daß in den 90er Jahren Frage der Schichtenabhängigkeit von Krankheit und Krankheitsversorgung wieder stärker in den Mittelpunkt rücken.

## Stand der empirischen Forschung

Eine Übersicht über den empirischen und theoretischen Forschungsstand zum Thema 'soziale Schicht und Krankheit' in der Bundesrepublik ist bereits in einigen Publikationen vorhanden (Braun & Reiners 1986, Enquete-Kommission 1990, Gerhardt & Kirchgässler 1986, Hauß et al. 1981, Kirchgässler 1990, Lüschen et al. 1989, Mielck 1991a, Oppolzer 1986, Siegrist 1989, Weber 1987). Eine relativ vollständige und systematische Auflistung der empirischen Arbeiten fehlt jedoch bisher. Im folgenden wird versucht, mit Hilfe der Variablen Schulbildung, Beruf und Einkommen einerseits und Mortalität, Morbidität, Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Gesundheitsrisiken andererseits eine derartige Liste zu erstellen. Diese Liste soll nicht zuletzt dem Ziel dienen, anderen Forschergruppen die Einarbeitung zu erleichtern.

Eine systematische Übersicht der empirischen Untersuchungen aus der BRD zeigt die Tabelle 1 (s.u.). Die Kreuze in Tabelle 1 symbolisieren die empirischen Zusammenhänge, die in den Arbeiten untersucht werden. Das Kreuz in der ersten Zeile besagt, daß z.B. in der Studie von Abholz (1974) empirische Angaben zu Mortalitätsunterschieden nach 'Stellung im Beruf' enthalten sind. Wenn vergleichbare Auswertungen der gleichen Studie vorliegen, wurde die jüngere Publikation ausgewählt. Wenn Morbidität oder Gesundheitsrisiken im Laufe eines Arztkontakts festgestellt werden, sind die Grenzen zwischen diesen Rubriken und der Inanspruchnahme fließend. In diesem Fall wird die Studien bei Morbidität oder Gesundheitsrisiken eingeordnet, da hier unter Inanspruchnahme vor allem die Anzahl von Arztkontakte, Verordnungen und Vorsorgeuntersuchungen verstanden wird.

Einige ausgewählte Ergebnisse sollen den empirischen Forschungsstand exemplarisch verdeutlichen. Neumann und Liedermann (1981) analysierten die Todesfälle von deutschen Männern zwischen 30 und 70 Jahren in Stuttgart aus dem Jahr 1976; in allen Altersgruppen war die Gesamtmortalität in den unteren sozialen Schicht am höchsten und in den oberen sozialen Schicht am niedrigsten. In der Altersgruppe 30 bis 40 Jahre wurden z.B. pro 100.000 Personen der gleichen Altersgruppe bei einfachen Beamten/Angestellten und angelernten Arbeitern 152 Todesfälle und bei leitenden Beamten/Angestellten und freien Akademikern nur 78 Todesfälle beobachtet (in der Altersgruppe 65 bis 70 Jahren waren es z.B. entsprechend 4.163 und 2.719 Todesfälle). In mehreren Studien wurden die Stadtbezirke von West-Berlin miteinander verglichen in bezug auf Mortalitätsdaten aus den Jahren 1969 bis 1976 und Tuberkulose-Inzidenzdaten aus den Jahren 1971 bis 1973 (Abholz 1973, Abholz 1974, Abholz 1976c, Borgers 1980). Die Ergebnisse zeigen, daß die Stadtbezirke mit einem hohen Arbeiteranteil (Kreuzberg, Wedding, Tiergarten, Neukölln) überdurchschnittlich hohe Werte bei der Säuglingssterblichkeit, bei Todesfällen durch Herz-Kreislaufkrankheiten und Krankheiten der Atmungsorgane und bei der Tuberkulose-Inzidenz aufweisen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Keil und Backsmann (1975), indem sie die Stadtgebiete in Hannover nach dem Anteil der Personen mit Volksschulabschluß als dem höchsten Schulabschluß unterscheiden: In den Stadtgebieten mit geringem Bildungsniveau war die Mortalität überdurchschnittlich hoch.

In einer Auswertung der Daten des nationalen Gesundheitssurveys konnte gezeigt werden, daß mit abnehmender sozialer Schicht (Index

aus Schulbildung, Berufsstatus und Einkommen nach Scheuch (1970) der eigene subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand sowohl bei Männern als auch bei Frauen schlechter wird; so gaben z.B. in der Oberschicht ca. 55 % und in der Unterschicht ca. 29 % an, mit ihrem Gesundheitszustand sehr zufrieden zu sein (Enquete-Kommission 1988). Auch bei einer Messung der sozialen Schicht mit Hilfe von Schulbildung oder beruflicher Stellung (z.B. Arbeiter, Angestellte) und bei einer Betrachtung von speziellen Krankheiten (z.B. Krankheiten des Kreislaufsystems oder der Verdauungsorgane, Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe) zeigt sich der Zusammenhang von zunehmender subjektiver Morbidität mit abnehmender sozialer Schicht (Hoeltz et al. 1990). Andere Auswertungen ergeben, daß auch die Gesundheitsrisiken eine vergleichbare Verteilung aufweisen: In der unteren sozialen Schicht sind Rauchen, Hypercholesterinämie, Übergewicht und Bluthochdruck zumeist mehr verbreitet als in der oberen sozialen Schicht (Enquete-Kommission 1988, Helmert et al. 1989, Hoeltz et al. 1990).

Auch bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zeigen sich ähnliche Unterschiede nach sozialer Schicht. Mit den Daten der AOK Lindau aus dem Jahr 1975 konnte gezeigt werden, daß ungelernete Arbeiter eher Allgemeinärzte und Facharbeiter eher Fachärzte aufsuchen (Grünauer et al. 1979). Mit den Daten des Nationalen Gesundheitssurveys wurde ein ähnliches Ergebnis gefunden: Die Anzahl der Besuche bei Fachärzten nimmt mit abnehmender Schulbildung ebenfalls ab; in den letzten 4 Wochen gingen z.B. 22,2 % der Frauen mit Abitur und 14,1 % der Frauen mit Volks- oder Hauptschulbildung zum Frauenarzt (Hoeltz et al. 1990). Eine Befragung von 6.151 Wöchnerinnen Mitte der 70er Jahre in Erlangen ergab, daß Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt mit abnehmender sozialer Schicht seltener wahrgenommen werden. Entsprechend wurde die Meinung, daß während der Schwangerschaft ein Arztbesuch nur bei Beschwerden notwendig sei, von Frauen mit Volksschulbildung erheblich häufiger vertreten als von Frauen mit höherer Schulbildung (Pauli 1978). Collatz et al. (1979) befragten Eltern von allen Kindern, die im Stadtgebiet von Düsseldorf im ersten Quartal 1976 ein Jahr alt wurden; die Teilnahme an dem Krankheits-Früherkennungsprogramm für Kinder (U 1 bis U 8) war in der untersten sozialen Schicht am geringsten; so betrug z.B. die Teilnahme bei U3 (3. bis 6. Lebenswoche) 84,9 % in der Oberschicht und 45,2 % in der unteren Unterschicht.

Die ausgewählten Ergebnisse und die Vielzahl der aufgeführten

Studien in Tabelle 1 können zu dem Schluß verleiten, daß der empirische Forschungsstand in der Bundesrepublik sehr gut ist und ein eindeutiges Bild der Schichtenabhängigkeit vermittelt. Beides ist jedoch falsch. So sind auch durchaus widersprüchliche Ergebnisse vorhanden. Die Auswertungen der Daten des Nationalen Gesundheitssurveys haben beispielsweise ergeben, daß die subjektive Morbidität mit schlechterer Schulbildung zunehmen (z.B. bei Krankheiten des Kreislaufsystems) oder gleichbleiben kann (z.B. bei Krankheiten der Atmungsorgane). In einer Analyse der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen mit Daten einer repräsentativen bundesweiten Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 1987 wurde festgestellt, daß bei Männern und nicht-berufstätigen Frauen die Teilnahme mit schlechterer Schulbildung eher zunimmt und bei berufstätigen Frauen eher abnimmt (Mielck & Brenner 1991).

Die Aussagefähigkeit der Ergebnisse wird auch durch konzeptionelle und methodische Probleme eingeschränkt. Viele Studien umfassen nur sehr wenige Personen und beziehen sich nur auf einen Zeitpunkt in einer kleinen Region. Validität und Reliabilität der ausgewählten Variablen werden nur in Ausnahmefällen kritisch diskutiert. Zum Teil sind die Studien schon relativ alt; neuere vergleichbare Studien, die eine Analyse der zeitlichen Veränderung von Unterschieden nach sozialen Schichten ermöglichen würden, sind kaum vorhanden. Einige Studien vergleichen Regionen miteinander (z.B. Abholz 1973, Abholz 1974, Abholz 1976c, Borgers 1980, Brenner et al. 1991, Keil & Backsmann 1975), diese ökologischen Studien erlauben keinen direkten Schluß auf Unterschiede zwischen Personen. In anderen Studien (z.B. Becker & Linke 1987, Linke 1984) fehlt die Kontrolle der Altersverteilung; da nicht nur die Mortalität altersabhängig ist, sondern auch die Altersstruktur in verschiedenen sozialen Schichten unterschiedlich sein kann, sind diese Ergebnisse kaum zu interpretieren. Allgemein lassen sich nur wenige empirische Analysen finden, in denen mögliche Confounder diskutiert und die Auswahl der in die Analyse aufgenommenen Confounder begründet werden. Viele Studien sind rein deskriptiv und beinhalten keine multivariaten Auswertungen. Dies bedeutet auch, daß Hypothesen über mögliche Ursachen von schichtenabhängigen Unterschieden nicht in multivariaten Modellen getestet werden. Zudem fehlt eine Diskussion von möglichen Verzerrungen (biases), wie z.B., ob bei Befragungen das Antwortverhalten von der sozialen Schicht abhängig sein kann.

Ein weiteres Problem wird durch die in vielen Studien getroffene

Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten deutlich, so z.B. auch bei der Analyse der Frührenten (u.a. Enquete-Kommission 1990, Oppolzer 1986). Da sich die Trennschärfe dieser Eingruppierung heute zunehmend verwischt, bleibt unklar, welche Arbeitsverhältnisse mit diesen Begriffen erfaßt werden. Allgemein fällt auf, daß die Wahl einer bestimmten Operationalisierung von 'sozialer Schicht' selten inhaltlich begründet und mit anderen möglichen verglichen wird. Auch der unterschiedliche Aussagegehalt der verschiedenen Operationalisierungen (Einkommen, Schulbildung, Beruf, Index) wird nicht diskutiert.

Diese Mängel und Probleme dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die empirischen Studien auf eine erhebliche Ungleichverteilung von Mortalität, Morbidität, Inanspruchnahme und Gesundheitsrisiken zu Lasten der unteren sozialen Schichten hinweisen. Notwendig sind jedoch mehr 'methodisch saubere' empirische Untersuchungen, in denen potentielle Confounder und 'effect modifier' (d.h. Variablen die Unterschiede erklären oder in deren Ausprägungen die Unterschiede verschieden groß sind) einbezogen werden. Das Ausmaß von schichtenspezifischen Unterschieden kann abhängen von Merkmalen wie Geschlecht, Alter und Wohnort. Relevant für den Gesundheitszustand ist nicht die soziale Schicht *per se*, es sind die mit der sozialen Schicht einhergehenden Lebensbedingungen (z.B. Arbeits- und Wohnbedingungen, Freizeit- und Ernährungsverhalten) und die Kontakte mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem. Diese vielfältigen Zusammenhänge müssen in deskriptiven und multivariaten empirischen Studien erforscht werden, um praktikable Interventionsvorschläge zur Verringerung der Ungleichheiten entwickeln zu können.

## Stand der theoretischen Forschung

Die Mängel in der empirischen Forschung korrespondieren mit dem bisher ungenügenden theoretischen Forschungsstand. Die theoretische Diskussion konzentriert sich auf Fragen der Verwendbarkeit und der Operationalisierung des Schichtbegriffs, des Konflikts zwischen Verhalten- und Verhältnisprävention, der Belastungen und Handlungsspielräume am Arbeitsplatz, des Arzt-Patient-Verhältnisses, und auf den Konflikt zwischen dem Risikofaktoren- und dem Lebensweisen-Konzept (Brucks et al. 1987, Enquete-Kommission 1990, Jahn 1981, Kirchberger 1981, Maschewsky 1984, Scharf 1978, Siegrist 1990).

Ohne die Diskussion im Einzelnen darstellen zu können, sollen hier lediglich einige zentrale Positionen kurz beschrieben werden. Die Bedeutung der Arbeitswelt für die Entstehung von Krankheitsunterschieden zwischen sozialen Schichten wird z.B. von B. Scharf betont (Scharf 1978). In seinem Überblick über den Forschungsstand formuliert er mehrere Thesen, die wie folgt zusammengefaßt werden können: (1) Für abhängig Beschäftigte, vor allem für Arbeiter, und ihre Familien existieren aufgrund ihrer »restriktiven Lebenslage bzw. Arbeits- und außerbetrieblichen Lebensverhältnisse nach wie vor eklatante Gesundheitsrisiken und -defizite sowie gesundheitliche Versorgungsdefizite«. (2) Besonders extrem sind die Gesundheitsbelastungen z.B. für »Schwer- und Schwerstarbeiter, jugendliche und weibliche Un- und Angelernte, dequalifizierte Facharbeiter und mittlere Angestellte, ältere Arbeitnehmer, Langfrist-Arbeitslose«. (3) »Die Möglichkeiten der Reproduktion der verschlissenen Arbeitskraft« werden durch die Arbeitsbedingungen begrenzt, so daß sich »gerade für die Arbeiterschichten kumulativ wachsende Gesundheitsrisiken und -defizite« ergeben. (4) »Die restriktive Lebenslage und die Ungleichheit der Gesundheitschancen erhalten sich in der Regel über den gesamten Lebenslauf des Betroffenen und werden von der Eltern- auf die Kindergeneration weitergegeben«.

Die Vorteile des Lebensweisen- gegenüber dem Risikofaktoren-Konzept lassen sich wie folgt zusammenfassen: Das Risikofaktoren-Modell konzentriert sich auf die verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken wie z.B. Rauchen, übermäßigen Alkoholkonsum und Bewegungsmangel. Implizit ist die Auffassung enthalten, daß ein schlechter Gesundheitszustand häufig selber verschuldet ist, und daß durch Aufklärung das gesundheitsgefährdende Verhalten korrigiert werden kann; damit steht dieses Konzept dem Ansatz der Verhaltensprävention nahe. Demgegenüber vertritt das Lebensweisen-Konzept die Position, daß gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen auch aus den Lebensbedingungen resultieren und daß daher durch Aufklärung allein nur wenig erreicht werden kann; damit steht dieses Konzept dem Ansatz der Verhältnisprävention nahe (Enquete-Kommission 1990, Maschewsky 1984, Scharf 1978).

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß eine umfassende Theorie zur Erklärung von schichtenabhängiger Mortalität und Morbidität zumindest im deutschsprachigen Raum bisher noch nicht vorhanden ist. Viele Erklärungsansätze bestehen überwiegend aus Hypothesen, die bisher kaum operationalisiert und empirisch überprüft werden

konnten. Als relativ gesichert kann jedoch gelten, daß belastende und restriktive Arbeitsbedingungen eine Gesundheitsgefährdung vor allem bei Arbeitern (und hier wiederum vor allem bei an- und ungelerten Arbeitern) darstellen (Friczewski 1988, Hradil 1987, Oppolzer 1986, Scharf 1978, Siegrist et al. 1990). Unklar ist jedoch, wie wichtig Arbeitsbedingungen zur Erklärung von schichtenabhängigen Unterschieden sind, und wie groß der Einfluß von anderen potentiellen Ursachen ist.

## Forschungsbedarf

Zur Behebung der empirischen und theoretischen Mängel bedarf es einer Neuorientierung und besseren Kooperation von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen; gefordert sind vor allem Soziologie, medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Epidemiologie. Die Erforschung von sozialen Ungleichheiten ist auch in der Bundesrepublik eine Domäne der Soziologie (Bader & Benschop 1989, Berger & Hradil 1990, Bolte & Hradil 1988, Franz et al. 1986, Geißler 1987, Giesen & Haferkamp 1987); Unterschiede von Gesundheit und Gesundheitsversorgung nach sozialer Schicht wurden jedoch bisher kaum diskutiert. Die medizinische Soziologie widmet sich dem Grenzbereich zwischen Soziologie und Medizin. »Ziel dieser Analysen ist ein besseres Verständnis der sozialen Einflüsse auf die Erhaltung der Gesundheit, auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten sowie ein besseres Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Maßnahmen und ihrer Auswirkungen auf Individuum und Gesellschaft« (Siegrist 1988, S. 1).

Auch die Sozialmedizin arbeitet in dem Grenzbereich zwischen Soziologie und Medizin, betont dabei aber mehr die medizinischen Aspekte (Blohmke et al. 1976, Schäfer & Blohmke 1978). Die Analyse von schichtenabhängigen Unterschieden wurde hier jedoch genauso vernachlässigt wie bei der medizinischen Soziologie. M. Pflanz schreibt in der Einleitung der Neuauflage des Werkes von Mosse und Tugendreich im Jahr 1981: »Wir sollten unsere heutige Sozialmedizin daraufhin analysieren, was sie eigentlich besser macht als die sozialhygienischen Väter vor drei Generationen. Dann stellten wir fest, daß unsere heutige Sozialmedizin, wiederentstanden lange Jahre nach dem 2. Weltkrieg, noch längst nicht wieder den Stand des Wissens und vor allem des Ansatzens an soziale Probleme erreicht hat, der damals selbstverständlich war« (Mosse & Tugendreich 1981).

Die Epidemiologie, deren Etablierung in der Bundesrepublik erst in den letzten Jahren begann, konzentriert sich auf Methodik, Durchführung und Analyse von empirischen Studien im Gesundheitsbereich. Obwohl die Erforschung von schichtenabhängigen Unterschieden dem Arbeitsbereich von allen vier Disziplinen zugeordnet werden kann, haben sie sich dieser Aufgabe bisher kaum zugewandt. Notwendig erscheint eine Kooperation dieser Disziplinen: Soziologie könnte sich dabei gemeinsam mit der medizinischen Soziologie auf die theoretischen, Sozialmedizin auf die medizinischen und Epidemiologie auf die methodischen Fragen konzentrieren. Die bloße Einbeziehung von Variablen wie Schulbildung in deskriptive Statistiken ist nicht ausreichend. Erforderlich sind Untersuchungen, in denen theoretisch fundierte Hypothesen über Ausmaß und Ursachen von schichtenabhängigen Unterschieden mit Hilfe von multivariaten empirischen Methoden analysiert werden. Dabei sollten keine 'Weltmodelle' überprüft werden, sondern einige spezielle Hypothesen, die Aussagen über die relative Wichtigkeit von verschiedenen potentiellen Ursachen erlauben. Eine derartige 'Sozialepidemiologie' ist notwendig, um wissenschaftlich begründbare Interventionsvorschlägen zur Verringerung von Ungleichheiten entwickeln zu können.

Es wäre selbstverständlich falsch, die bisherigen Mängel nur der Wissenschaft anzulasten. Auch die politischen Entscheidungsträger müssen sich fragen lassen, warum sie diese Forschungsrichtung in der Vergangenheit nicht stärker gefördert haben. Daher soll am Ende dieses Beitrags die Forderung stehen, daß sozialepidemiologische Studien bei der Verteilung der Forschungsgelder in Zukunft stärker berücksichtigt werden.

Korrespondenzanschrift:

Dr. A. Mielck

GSF-medis, Ingolstädter Landstr. 1, W-8042 Neuherberg

### *Literaturverzeichnis*

- Abholz, Heinz H., 1973: Einige Daten zur Beziehung von Tuberkulosehäufigkeit und sozialer Lage – Am Beispiel Westberlin. In: *Das Argument* 78, 52-55
- Abholz, Heinz H., 1974: Gesundheitsstand und soziale Lage. Daten aus Westberlin. In: *Argumente Sonderband 4*, 206-230
- Abholz, Heinz H. (Hg.), 1976a: Krankheit und soziale Lage – Befunde der Sozialepidemiologie. Campus Verlag, Frankfurt/New York
- Abholz, Heinz H., 1976b: Einleitung des Herausgebers: Fragestellung und Methode der Sozialepidemiologie. In: Abholz (Hg.), a.a.O. 1976a, 7-18

- Abholz, Heinz H., 1976c: Sozialepidemiologische Befunde anhand der Westberliner Statistik. In: Abholz (Hg.), a.a.O. 1976a, 171-186
- Albrecht-Richter, Jutta, und Wilhelm Thiele, 1984: Prävention bei Schwangeren und Säuglingen – Analyse des Zusammenhangs von Inanspruchnahme und sozialer Lage mit GKV-Daten. Bd. 12 der Schriftenreihe Strukturforchung im Gesundheitswesen, TU Berlin
- Angermeyer, Matthias C. (ed.), 1987: From Social Class to Social Stress. New Developments in Psychiatric Epidemiology. Springer Verlag, Berlin
- Asam, W, und KD Henke, 1982: Verfahren zur Umbasierung individuumsbezogener in haushaltsbezogene Nutzungsdaten. Empirische Verteilungsanalyse und Modellrechnungen für den Realtransferbereich Gesundheit. Schriften zum Bericht der Transfer-Enquete-Kommission 'Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland', Band 3-Teilband 3, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Bader, Veit M., und Albert Benschop (Hg.), 1989: Ungleichheiten. Protheorie sozialer Ungleichheit und kollektiven Handelns. Leske & Budrich, Opladen
- Badura, Bernhard, et al., 1987: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Springer Verlag, Berlin
- Becker, Bernd, und Wilfried Linke, 1987: Socio-economic differential mortality of employes subject to social security and mortality by causes of death and social class. Vortrag auf der European Population Conference 1987, Jyväskylä (Finnland), June 11-16 1987 (zitiert nach: Ritz, Hans-Günther, a.a.O.
- Berger, Peter A., und Stefan Hradil (Hg.), 1990: Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Soziale Welt Sonderband 7. Verlag Otto Schwartz & Co., Göttingen
- Blohmke, Maria, et al., 1975: Soziale Faktoren und Krankheit bei Arbeitnehmern. Eine epidemiologische Studie. In: Schriftenreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin Band 53, Gentner Verlag, Stuttgart
- Blohmke, Maria, et al. (Hg.), 1976: Handbuch der Sozialmedizin (in drei Bänden). Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
- BMA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (Hg.), 1987: Lebenslage und gesundheitliche Versorgung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Band 155, Bonn
- BMA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (Hg.), 1990: Gesundheitliche Versorgung: Inanspruchnahme und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Band 201, Bonn
- Bolm-Audorff, Ulrich, und Johannes Siegrist, 1983: Occupational morbidity data and myocardial infarction. A case-reference study in West Germany. In: J. occ. med. 25, 367-371
- Bolte, Karl M., und Stefan Hradil, 1988: Soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland. Leske & Budrich, Opladen
- Borgers, Dieter, 1980: Mortalitätsanalysen zur Beurteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitszustand der Bevölkerung. In: Argument-Sonderband AS 53, 135-152
- Borgers, Dieter, und Renate Menzel, 1984: Wer raucht am meisten? Eine Analyse des Zigarettenkonsums in der Bundesrepublik Deutschland nach Berufen – Anhaltspunkte für präventive Strategien. In: Münch. med. Wschr. 126, 1092-96
- Borowski, Barbara, und Klaus Preiser, 1990: Kontinuität der Bluthochdruck-Behandlung und ihre Bedingungen bei unterschiedlichen beruflichen Statusgruppen. In: BMA (Hg.), a.a.O., 187-198

- Braun, Bernhard, und Hartmut Reiners, 1986: Ungleiche Verteilung gesundheitlicher Risiken und Chancen. In: Franz et al., a.a.O., 151-169
- Brennecke, Ralph, 1981: Einkommensarmut und Gesundheit sowie Gesundheitsversorgung. In: Hauser, Richard, Helga Cremer-Schäfer, und Udo Nouvertné (Hg.): Armut, Niedrigeinkommen und Unterversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme und sozialpolitische Perspektiven. Campus Verlag, Frankfurt/M., 150-166
- Brennecke, Ralph, 1985: Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Januar 1981. In: Hauser, Richard, und Bernhard Engel (Hg.): Soziale Sicherung und Einkommensverteilung. Empirische Analysen für die Bundesrepublik Deutschland. Campus Verlag, Frankfurt/M., 289-353
- Brenner, Hermann, Andreas Mielck, und Roland Klein, 1991: The role of socio-economic factors in survival of patients with colorectal cancer in Saarland/W-Germany. In: J. Clin. Epid. 1991 (im Druck)
- Brucks, Ursula, Erdmann v. Salisch, und Wulf-Bodo Wahl, 1987: Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten. In: BMA (Hg.), a.a.O., 155-179
- Buhr, Petra, et al. (Hg.), 1989 und 1990: Strukturen und Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung. In: Zeitschrift für Sozialreform 1989 (Heft 11/12) und 1990 (Heft 3/4)
- Bundesregierung, 1973: Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten als Pflichtleistungen der Krankenkassen sowie den zusätzlich von den Krankenkassen gewährten Maßnahmen als Vorsorgehilfe. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/454, Bonn
- Collatz, Jürgen, P. Malzahn, und E. Schmidt, 1979: Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppe? In: Öff. Gesundh.-Wesen 41(4): 173-190
- Collatz, Jürgen, et al., 1983: Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen. Verlag Urban und Schwarzenberg, München
- Cooper, B., und U. Sosna, 1983: Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. In: Nervenarzt 54, 239-249
- Dilling, Horst, und Siegfried Weyerer, 1987: Social Class and Mental Disorders: Results from the Upper Bavarian Studies. In: Angermeyer (Hg.), a.a.O., 46-63
- Enquete-Kommission, 1988: 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung', Zwischenbericht, Drucksache 11/3267, Bonn
- Enquete-Kommission, 1990: 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung', Endbericht, Drucksache 11/6380, Bonn
- Franz, Hans-Werner, Wilfried Kruse, und Hans-Günter Rolff (Hg.), 1986: Neue alte Ungleichheiten. Berichte zur sozialen Lage in der Bundesrepublik. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Friczewski, Franz, 1988: Sozialökologie des Herzinfarkts. Untersuchungen zur Pathologie industrieller Arbeit. Sigma-Verlag Rainer Bohn, Berlin
- Garbe, Claus, 1990: Schichtspezifische Arztwahl und Unterschiede in der medizinischen Behandlung am Beispiel der Psoriasis. In: BMA (Hg.), a.a.O., 173-186
- Garrett-Bleck, N., B. Hamacher, und K. Preiser K, 1976: Arbeit und Gesundheit. Analyse einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung. In: Abholz (Hg.), a.a.O., 132-159

- Geißler, Rainer, (Hg.), 1987: Soziale Schichtung und Lebenschancen (in der Bundesrepublik. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
- Gerhardt, Uta, und K.U. Kirchgässler, 1986: The Federal Republic of Germany. In: Illsley, R., and P.-G. Svensson: The health burden of social inequities. Country profiles from 20 member states of the European region of the World Health Organisation. Copenhagen. World Health Organisation Regional Office for Europe, 49-60
- Giesen, Bernhard, und Hans Haferkamp (Hg.), 1987: Soziologie der sozialen Ungleichheit. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Grünauer, Fritz, et al., 1979: Untersuchungen zur Schichtenspezifität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Krankheitsverläufe in der sozialen Krankenversicherung. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 21, Bonn
- Härtel, Ursula, 1985: Soziale Determinanten des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens. Ergebnisse und Folgerungen aus der Münchner Blutdruckstudie. Hartung-Gorre Verlag, Konstanz
- Härtel, Ursula, und Ulrich Keil, 1986: Psychosoziale Faktoren und Herz-Kreislauf-Krankheiten. Laufende Studien und erste Ergebnisse im MONICA-Projekt Augsburg der WHO. In: Fortschr. Med. 104: 943-947
- Härtel, Ursula, Jutta Stieber, und Ulrich Keil, 1988: Social Relations and Smoking Behavior: Results from the First MONICA Survey Augsburg. In: Sozial- und Präventivmedizin 33: 27-31
- Härtel, Ursula, and L. Chambless, 1989: Occupational position and type A behavior: results from the first MONICA survey, Augsburg FRG. In: Soc. Sci. Med. 29(12): 1367-1372
- Hauß, Friedrich, Frieder Naschold, und Rolf Rosenbrock, 1981: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr. 55, Bonn
- Helmert, Uwe, und Eberhard Greiser, 1988: Soziale Schicht und Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten – Resultate der regionalen DHP-Gesundheitssurveys. In: Sozial- und Präventivmedizin 33: 233-240
- Helmert, Uwe, et al., 1989: Social Class and risk factors for coronary heart disease in the Federal Republic of Germany. Results of the baseline survey of the German Cardiovascular Prevention Study (GCP). In: Journal of Epidemiology and Community Health 43: 37-42
- Henke, Klaus D., 1981: Zur Verteilungstheoretischen Analyse der Einnahmen und Ausgabenströme im Gesundheitswesen. In: Hauß et al., a.a.O., 311-320
- Hoeltz, Jürgen, Cornelia Borman, und Ernst Schroeder, 1990: Subjektive Morbidität, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des 1. Nationalen Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (2 Bände). Infratest Gesundheitsforschung (Eigenverlag), München
- Hradil, Stefan, 1987: Soziale Schichtung und Arbeitssituation. In: Geißler (Hg.), a.a.O., 25-49
- Infratest Gesundheitsforschung, 1983: Analyse der Bedingungen des Angebots und der Nachfrage nach Maßnahmen der sekundären Prävention im Bereich der bösartigen Neubildungen. Zusammenfassung der Ergebnisse, (Eigenverlag), München

- Jahn, Erwin, 1981: Zur Verwendbarkeit des Schichtbegriffs in der Gesundheitsforschung. In: Hauß et al., a.a.O., 285-295
- Keil, Ulrich, und Ellen Backsmann, 1975: Soziale Faktoren und Mortalität in einer Großstadt der BRD. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 10(1), 4-9
- Kern, Klaus Dieter, 1989: Gesundheit und Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus 1986. In: Wirtschaft und Statistik 2: 104-108
- Kirchberger, Stefan, 1981: Zur theoretischen Adäquanz des Schichtkonzepts für die Untersuchung von Versorgungsproblemen im Gesundheitswesen. In: Hauß et al., a.a.O., 296-302
- Kirchgässler, K.-U., 1990: Health and social inequalities in the Federal Republic of Germany. In: Soc. Sci. Med. 31(3), 249-256
- Kirschner, Wolf, 1981: Bemerkungen zur empirischen Überprüfung der Inanspruchnahme präventivmedizinischer Leistungen am Beispiel der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Hauß et al., a.a.O., 260-275
- Klusmann, Dietrich, und Matthias C. Angermeyer, 1987: Urban ecology and psychiatric admission rates: Results from a study in the city of Hamburg. In: Angermeyer (ed.), a.a.O., 16-45
- Krampitz, D., R. Fehr, und W. Kahlke, 1986: Einflußgrößen für Aspekte des Gesundheitsverhaltens. Ergebnisse einer Querschnittsstudie an Einwohnern Hamburgs. In: Öff. Gesundh.-Wes. 48, 112-115 (Teil I) und 201-204 (Teil II)
- Lehr, Ursula, Reinhard Schmitz-Scherzer, und Ernst J. Zimmermann, 1987: Vergleiche von Überlebenden und Verstorbenen der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). In: Lehr, Ursula, und Hans Thomae (Hg.): Formen seeselischen Alterns, Enke Verlag, Stuttgart, 228-249
- Lemke, Peter, Freddy Pfirrmann, und Volker Schumann, 1987: Bewohnernahe Präventionsangebote durch Krankenkassen in Gemeinden und Stadtteilen. In: BMA (Hg.), a.a.O., 7-29
- Linke, Wilfried, 1984: Sozio-ökonomische Unterschiede der Sterblichkeit: Methoden und Ergebnisse. In: Putz, Friedrich, und Karl Schwarz (Hg.): Neuere Aspekte der Sterblichkeitsentwicklung. Selbstverlag der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft e.V., Wiesbaden, 145-164
- Lüschen, Günther, William C. Cockerham, und Gerhard Kunz G (eds.), 1989: Health and Illness in America and Germany. Gesundheit und Krankheit in der BRD und den USA. R. Oldenbourg Verlag, München
- Maschewsky, Werner, 1984: Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung. In: Argument-Sonderband AS 119: 21-42
- Mielck, Andreas, 1985: Kind – Gesundheit – Stadt. Gesundheitliche Belastungen des Kindes durch die städtische Umwelt – am Beispiel Hamburg, Verlag Peter Lang, Frankfurt/M
- Mielck, Andreas, 1991a: Gesundheitsberichterstattung zur schichtspezifischen Morbidität und Mortalität in der Bundesrepublik. Gesundheitsberichterstattung und Public Health (Proceedings der 26. Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGSM), Springer Verlag, Berlin (im Druck)
- Mielck, Andreas, 1991b: Schichtzugehörigkeit und HIV/AIDS. In: Ermann, Michael, und Bruno Waldvogel (Hg.): HIV-Infizierte und ihr Umfeld. Ergebnisse aus psychosozialer Forschung und Praxis, Springer Verlag, Berlin (im Druck)

- Mielck, Andreas, und Hermann Brenner, 1991: Schulbildung und Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozial- und Präventivmedizin (im Druck)
- Möhlmann, Harald, und Pia Zollmann, 1988: Gesundheitslage und -versorgung. In: Krupp, Hans-Jürgen, und Jürgen Schupp (Hg.): Lebenslagen im Wandel: Daten 1987, Campus Verlag, Frankfurt, 203-230
- Mosse, Max, und Gustav Tugendreich (Hg.), 1981: Krankheit und soziale Lage. Berlin 1913. Ungekürzte Neuausgabe (herausgegeben von Jürgen Cromm), WiSo-Med Verlag, Göttingen
- Neumann, G., und A. Liedermann, 1981: Mortalität und Sozialschicht. In: Bundesgesundheitsblatt 24(11), 173-181
- Oppolzer, Alfred, 1986: Wenn Du arm bist, muß Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit. VSA-Verlag, Hamburg
- Pauli, Herbert K., 1978: Die Bedeutung sozialer Faktoren für Gesundheits- und Vorsorgeverhalten der Frau. In: Hamburger Ärzteblatt 32: 99-108
- Petri, Horst, 1979: Soziale Schicht und psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen
- Pfaff, Anita B., et al., 1990: Verteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Vertikale Umverteilung ... In: BMA (Hg.), a.a.O., 11-87
- Ritz, Hans-Günther, 1989: Soziale Ungleichheit vor Tod in der Bundesrepublik Deutschland. Forschungsschwerpunkt Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen und Sozialpolitik der Universität Bremen, Eigenverlag, Bremen
- Rütten, Alfred, 1989: Statuskristallisation und psychischer Stress. In: Lüschen et al. (eds.), a.a.O., 97-104
- Schaefer, Hans, und Maria Blohmke, 1978: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Schardt, Thomas, 1986: Arbeiterleben und gesundheitliche Versorgung. Zur Theorie und Praxis sozialer Ungleichheit in der Bundesrepublik. Springer Verlag, Berlin
- Scharf, Bodo, 1978: Die Ungleichheit der Gesundheitschancen im Sozialstaat. Überlegungen zur Schichtspezifität von Gesundheitsrisiken und Versorgungsdisparitäten im Gesundheitswesen. In: WSI-Mitteilungen 31(5), 252-261
- Schepers, Josef, und Gert Wagner, 1989: Soziale Differenzen der Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland – Neue empirische Analysen – In: Zeitschrift für Sozialreform 35(11/12), 670-682
- Scheuch, Erwin K., 1970: Sozialprestige und soziale Schichtung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 5: 62-103
- Schlange, Hildburg, et al., 1975: Frühkindliche Hirnschädigung und soziale Klasse. In: Monatsschrift der Kinderheilkunde 123: 72-76
- Selbmann, Hans-Konrad, et al., 1977: Münchner Perinatal-Studie 1975. Deutscher Ärzteverlag, Köln-Lövenich
- Siegrist, Johannes, und Hans Bertram, 1970: Schichtspezifische Variationen des Krankheitsverhaltens. In: Soz. Welt, 206-218
- Siegrist, Johannes, et al., 1982: The social context of active distress in patients with early myocardial infarction. In: Soc. Sci. Med. 16: 443-453
- Siegrist, Johannes, 1984: Threat to social status and cardiovascular risk. In: Psychotherapy and Psychosomatics 42: 90-96

- Siegrist, Johannes, 1988: Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- Siegrist, Johannes, 1989: Steps towards explaining social differentials in morbidity: the case of West Germany. In: Fox, John (ed): Health Inequalities in European countries. Gower Publ., London, 353-371
- Siegrist, Johannes, et. al., 1990: Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. In: Soc. Sci. Med. 31(10), 1127-1134
- Statistisches Bundesamt (Hg.), 1963: Beruf und Todesursachen. Ergebnisse einer Sonderauszählung 1955. Sonderbeitrag in der Fachserie A (Bevölkerung und Kultur), Reihe 7 (Gesundheitswesen), Verlag Kohlhammer, Stuttgart
- Thiele, Wilhelm, 1981: Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Literaturüberblick. In: Hauß et al., a.a.O., 133-175
- Trotnow, S., und HK Pauli, 1976: Gibt es soziale Unterschiede zwischen Frauen mit bösartigen und Frauen mit gutartigen Brusttumoren? In: Abholz (Hg.), a.a.O., 187-191
- Weber, Ingbert, 1987: Soziale Schichtung und Gesundheit. In: Geißler (Hg.), a.a.O., 162-182
- Weyerer, Siegfried, und Horst Dilling, 1987: Employment and Mental Health. Results from the Upper Bavarian Field Study. In: Angermeyer (ed.), a.a.O., 247-263

Tabelle 1: Empirische Studien aus der Bundesrepublik (alte Länder)

		Soziale Schicht			
		Sch <sup>1</sup>	Ber <sup>2</sup>	Ein <sup>3</sup>	Ind <sup>4</sup>
Mortalität	Abholz 1974				X
	Becker & Linke 1987				X
	Borgers 1980				X
	Brenner et al. 1991				X
	Collatz et al. 1983	X	X		
	Keil & Backsmann 1975	X			
	Lehr et al. 1987	X		X	
	Linke 1984			X	
	Neumann & Liedermann 1981			X	
	Ritz 1989			X	
	Schepers & Wagner 1989	X	X		
	Statistisches Bundesamt 1963			X	

		Soziale Schicht			
		Sch <sup>1</sup>	Ber <sup>2</sup>	Ein <sup>3</sup>	Ind <sup>4</sup>
Morbidity	Abholz 1973		X		
	Abholz 1974		X		
	Badura 1987		X		
	Blohmke et al. 1975		X		
	Bolm-Audorff & Siegrist 1983		X		
	Borowski & Preiser 1990		X		
	Brennecke 1981				X
	Cooper & Sosna 1983				X
	Dilling & Weyerer 1987		X		
	Enquete-Kommission 1988				X
	Garbe 1990		X		
	Garrett-Bleek et al. 1976		X		
	Grünauer et al. 1979		X		
	Hoeltz et al. 1990		X	X	
	Kern 1989			X	
	Mielck 1985			X	
	Mielck 1991a		X		
	Möhlmann & Zollmann 1988			X	
	Pauli 1978				X
	Petri 1979			X	
	Pfaff et al. 1990		X	X	X
	Schlange et al. 1975			X	
	Selbmann et al. 1977			X	
	Siegrist 1984			X	
	Trotnow & Pauli 1976				X
	Weyerer & Dilling 1987			X	
	Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen	Albrecht-R. & Thiele 1984		X	
Asam & Henke 1982			X	X	
Borowski & Preiser 1990			X		
Brennecke 1981					X
Brennecke 1985				X	
Bundesregierung 1973				X	
Collatz et al. 1979			X		X

