



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Life Sciences
Studiengang Health Sciences

Die Auswirkung sozialer Ungleichheit in Deutschland auf psychische Erkrankung am Beispiel der Depression.

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades des
Bachelor of Science (B.Sc.)

vorgelegt an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg bei

Prof. Dr. Christine Färber (1. Prüfer)

Dipl. Sozialpädagogin, MPH Claudia Duwe (2. Prüfer)

von Azar Ahmadzadeh

Hamburg, 26.08.2015

Matrikelnummer: 2085349

Abstract

Hintergrund

Die Schere zwischen Arm und Reich geht zunehmend auseinander. Dies führt dazu, dass gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesellschaft stärker zu Tage treten. Denn Familien mit niedriger Bildung oder niedrigem Einkommen weisen meist einen schlechteren Gesundheitszustand auf als besser gestellte Familien. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sterben auch öfter früher und sind öfter kränker als Menschen mit höheren sozioökonomischen Status. Wünschenswert wäre eine ausgeglichene Gesundheitssituation innerhalb der Gesellschaft. Zur Gesundheit zählt man neben der körperlichen Gesundheit auch die psychische Gesundheit. Denn man hat festgestellt, dass ein Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und psychischen Erkrankungen (zum Beispiel in Form von Depressionen) besteht.

Ziel

Ziel der Arbeit ist herauszufinden, wie die psychische Krankheit Depression in den verschiedenen sozioökonomischen Schichten verteilt ist. Ferner wird der Frage nachgegangen, welche sozialen Faktoren als ursächlich für Depressionen identifiziert werden können.

Methodik

Anhand einer systematischen Onlineliteraturdatenbankanalyse sowie einer Handrecherche wurden die unterschiedlichen Faktoren der sozialen Ungleichheit und deren Einfluss auf die Gesundheit untersucht. Hierfür wurden Fünf Studien zu dem Thema ausgewählt und analysiert

Ergebnisse

Es wurde aus den Daten der Studien herausgefunden, dass ein Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und psychischer Erkrankungen besteht. Männer und Frauen aus den unteren sozialen Schichten leiden häufiger an einer psychischer Erkrankung bzw. Depression als Personen aus hohen sozialen Schichten. Arbeitslosigkeit ist neben Bildung, Einkommen und Berufsstatus ein wesentlicher Faktor, der die psychische Gesundheit von Menschen beeinflussen kann.

Fazit

Es gibt eine Kausalität zwischen niedrigem sozioökonomischen Status und Depression. Die Ursachen sind unzureichender Zugang zu Bildung, Einkommen und Berufsstatus. Dieses gesellschaftliche Problem nimmt fortlaufend zu und Lösungen müssen schneller und intensiver erarbeitet und umgesetzt werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	II
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VII
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung und Zielsetzung.....	1
1.2 Aufbau der Arbeit.....	3
2 soziale Ungleichheit.....	4
2.1 Gründe und Einflussfaktoren sozialer Ungleichheit.....	6
3 Gesundheitliche Ungleichheit.....	7
4 Soziale Ungleichheit und Gesundheit.....	9
5 Soziale Schichten.....	13
5.1 Einkommen.....	14
5.2 Bildung.....	16
5.3 Berufsstatus.....	20
6 Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit.....	21
6.1 Grundlegende Hypothesen im Zusammenhang von Gesundheit und.....	22
6.2 Studienergebnisse zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit.....	23
7 Psychische Erkrankung.....	25
7.1 Depression.....	28
8 Psychische Erkrankung und soziale Ungleichheit.....	30
9 Fragestellung.....	32
10 Das methodische Vorgehen.....	32
10.1 Die Durchführung der Literaturrecherche.....	32
10.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	33

10.3	Materialauswertung	34
11	Ergebnisse	34
11.1	Vorstellung der Studien	34
11.2	Prävalenz psychischer Störung (Depression) nach sozioökonomischem Status	35
11.2.1	Gesundheitsstörungen bei Arbeitslose - Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98	36
11.2.2	Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	36
11.2.3	Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich	37
11.2.4	Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)	39
11.2.5	Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)	42
12	Depression und soziale Ungleichheit	44
13	Diskussion	46
14	Fazit	48
	Literaturverzeichnis	IX
	Eidesstattliche Erklärung	XVII

Abkürzungsverzeichnis

Abb. Abbildung

bzw. beziehungsweise

bzw. beziehungsweise

bspw. beispielsweise

RCT randomized controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie)

RKI Robert Koch-Institut

SES sozioökonomischer Status

Tab. Tabelle

z.B. zum Beispiel

Tabellenverzeichnis

Tab.1 : Tabelle 1: Arten von psychischen Störungen. 1998

Tab. 2: 12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach alter und Erwerbsstatus 2009-2010

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Modell zur gesundheitlichen Ungleichheit

Abb. 2: Zusammenfassung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Abb. 3: Anteil der Männer und Frauen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ einschätzen, nach sozialer Schichtzugehörigkeit

Abb. 4: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (»weniger gut« oder »schlecht«) nach drei Einkommensgruppen 2011

Abb. 5: Erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung nach Bildung 2010

Abb. 6: Gegenüberstellung von affektiven Störungen betroffen Männer und Frauen (12-Monats- Prävalenz) – 2005

Abb. 7: Durchschnittliche Anzahl von Tagen im letzten Monat mit körperlichen beziehungsweise emotionalen Beschwerden nach Erwerbssituation bei Männern und Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahren 2010

Abb. 8: Psychische Störungen bei 18-65 jähriger Bevölkerung. 1998

Abb. 9: Statusspezifische Unterschiede in der 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei 18- bis 65-Jährigen Männern und Frauen

Abb. 10: 12-Monats-Prävalenz für Depressionen nach sozioökonomischem Status bei 18 Jährigen und älteren Männer und Frauen. Datenbasis: Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2009 und 2010

Abb. 11: Erhebliche Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit in den letzten vier Wochen nach sozioökonomischem Status bei 18-jährigen und älteren Männern und Frauen. Datenbasis: „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2010

Abb. 12 : Allgemeiner Gesundheitszustand“ mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht) in der letzten 3Monaten nach sozioökonomischem Status bei 18 bis 79 Jährigen Frauen

Abb. 13: Allgemeiner Gesundheitszustand“ mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht) in der letzten 3Monaten nach sozioökonomischem Status bei 18 bis 79 Jährigen Männern

Abb. 14 : Anteil der Frauen und Männer mit diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Sozialstatus 2009

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Der sozioökonomische Status (SES¹) gehört in einer Vielzahl nationaler und internationaler Studien zu den wichtigsten Determinanten der Lebenserwartung und der Gesundheit (Marmot, 2004, Mackenbach, 2006, Richter und Hurrelmann, 2009). Auch in einem reichen Land wie Deutschland besteht ein Zusammenhang zwischen dem SES und der Gesundheit. (Mielck, Lampert 2008). Besonders arme Menschen sind aus verschiedenen Gründen einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Hierbei handelt sich nicht nur um Probleme der dritten Welt, sondern auch um ein deutsches Problem.

Denn Armut - und damit einhergehend ein erhöhtes Gesundheitsrisiko - ist auch in Deutschland ein relevantes Thema und somit ein Problem innerhalb der deutschen Gesellschaft. Allein im Jahr 2011 waren 16,1% der deutschen Bevölkerung, das heißt mehr als jeder sechste Bürger, armutsgefährdet.

(bpb, 2015)

Man kann festhalten, dass diese Menschen aus niedrigen sozioökonomischen Status häufiger in der Bewältigung ihres Alltags eingeschränkt sind. Diese Einschränkungen sind unter anderem auf Gesundheitsprobleme zurück zu führen und auch auf fehlenden Zugriff auf gesellschaftliche Ressourcen. Mit gesellschaftlichen Ressourcen sind die Güter und Leistungen innerhalb einer Gesellschaft gemeint, bei denen die Gesellschaft und die Regierung innerhalb eines marktwirtschaftlichen und demokratischen Staatssystems nicht direkt kontrollieren kann, von welchen Menschen diese Ressourcen genutzt werden. Das bedeutet also, dass einige Menschen mehr und einige Menschen weniger Zugriff auf gesellschaftliche Ressourcen haben, diese also ungleich verteilt sind.

Darüber hinaus unterscheidet sich die Lebenserwartung von armen Menschen von der Lebenserwartung von Menschen aus anderen, höheren sozioökonomischem Status auffällig. Arme Menschen sterben beispielsweise früher, denn sie werden häufiger krank und leben ungesünder als Menschen mit höherem Einkommen. (bpb, 2007).

¹ Socio-economic Status

Diese Ungleichheit, die darauf zurückführt, dass Ressourcen in der Gesellschaft ungleich verteilt sind und zu ungleichen Lebensbedingungen und Lebensqualität führt, wird auch als soziale Ungleichheit beschrieben.

Konkret kann man als mögliche Folgen der ungleich verteilten Ressourcen unter anderem psychische Störungen nennen. Sind hiervon aber überwiegend die ärmeren und erwerbslosen Menschen betroffen und kann man schließen, dass Menschen aus höherem sozioökonomischem Status seltener an psychische Störungen leiden? Wie sind die Auswirkungen der immer steigenden Anforderungen in der Arbeitswelt? Denn in diesem Zusammenhang hört man auch von psychischen Störungen, wie zum Beispiel dem sogenannten Burn-out Syndrom. (Hapkee, U., Maske, U, et al, 2012).

Auch international wurde schon oft auf die Ergebnisse des sozialen Gradienten im Zusammenhang mit psychischen Störungen eingegangen. Dabei wurden zwischen dem Armutsindex, dem sozialen Status, der niedrigen Bildung und der Neuerkrankung sowie der Chronifizierung psychischer Störungen Korrelationen festgestellt, vor allem von Angst, Suchtstörungen und Depressionen. (Mauz, Jacobi 2008).

Bisher existierten jedoch verhältnismäßig nur wenige Studien über den Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und dem sozioökonomischen Status. Dies steht im Gegensatz dazu, dass das Thema Gesundheit, dabei speziell der psychischen Gesundheit, generell mehr Beachtung erfährt. Denn psychische Störungen nehmen unter den Bundesbürgern zu. Und dieser Umstand führt nicht zu Letzt zu hohen Kosten für den Einzelnen und der Allgemeinheit. (Lampert et al, 2014).

Deshalb wird immer mehr darüber diskutiert, wie man den Gesundheitszustand von armen Menschen verbessern und einen sozialen Ausgleich erreichen kann. (GBE, RKI, 2010)

In diesem Zusammenhang empfehlen die Experten eine vorbeugende Gesundheitspolitik, welche auch die sozioökonomischen Lebensumstände armer Menschen stetig verbessert.

Hierbei sollte ein starker Fokus auf die Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu Bildung gelegt werden. (bpb, 2007).

Jedoch bleibt an dieser Stelle offen, in wie weit diese Maßnahmen, die auf eine bestimmte sozioökonomische Schicht abzielen, die Depressionsfälle in der Gesellschaft insgesamt reduzieren. Um die Auswirkungen der oben beschriebenen Maßnahmen auf die Anzahl der Depressionsfälle einschätzen zu können, muss vorerst untersucht werden, im wie weit die jeweiligen Schichten von Depressionen betroffen sind.

Die Zielsetzung der vorliegenden Bachelorarbeit ist es somit, sich intensiv mit der Beantwortung der Frage zu beschäftigen, wie die Verteilung der Depression in verschiedenen sozioökonomischen Schichten ist.

Darüber hinaus soll geklärt werden, welche Faktoren der sozialen Ungleichheit als Ursächlich für Depression identifiziert werden können.

Ich habe dieses Thema ausgewählt, da ich selbst in meiner Vergangenheit unterschiedlichen sozioökonomischen Schichten zugehörte. Während der einzelnen Phasen meines Lebens und auf Grund der jeweiligen Lebensumstände, habe ich bei mir und bei meinen Eltern psychische Veränderung bemerkt: ich wuchs in meinem Geburtsland Iran auf. In Teheran schloss ich meine schulische Laufbahn mit dem Abitur ab. Meine Familie hatte einen mittleren bis hohen sozioökonomischen Status. Meine Eltern waren beide studiert und waren beide Vollzeit, in leitenden Funktionen arbeitstätig. An gesellschaftlichen Ressourcen hat es uns nicht gefehlt, jedoch an einer der für uns wichtigsten Menschenrechte, nämlich das Recht der Religionsfreiheit. Als gläubige Christen konnten wir unsere Religion zwar ausleben, jedoch gab es zahlreiche Einschränkungen und Benachteiligungen im Alltag. Dementsprechend gegensätzlich und wechselhaft war das psychische Befinden. Wir emigrierten nach Norwegen. Dort lebten wir eine Zeit lang in einem Asylheim, danach in einer kleinen Wohnung. Wir mussten mühsam die neue Schrift und Sprache lernen und meine Eltern im Vergleich zu ihrer Ausbildung einfache arbeiten annehmen. Man kann sagen, dass wir zumindest in der Anfangszeit einen sehr niedrigen sozioökonomischen Status hatten. Wir haben uns in der Familie oft über unsere veränderte Situation ausgetauscht, auf der einen Seite den reduzierten Zugriff auf gesellschaftliche Ressourcen und die Schwierigkeiten mit der neuen Sprache und Kultur, andererseits die neu gewonnene Freiheit. Auch diese Situation hatte Auswirkung auf unser psychisches Befinden. Rückblickend interessiert mich die Fragestellung in wie weit der sozioökonomische Status Einfluss auf das (unser) psychische(s) Befinden hat(te).

1.2 Aufbau der Arbeit

In Kapitel 1 wird das Ziel und die Problemstellung sowie der Aufbau der Arbeit vorgestellt. Danach wird ein Überblick zu den Themenfeldern der sozialen Ungleichheit und deren Gründe und Determinanten dargeboten. Hierauf folgt die Erläuterung der gesundheitlichen Ungleichheit. Punkt 4 geht auf soziale Ungleichheit und Gesundheit ein. Im fünften

Arbeitsschritt werden soziale Schichten und die zentralen Faktoren der sozialen Ungleichheit näher beschrieben. Kapitel 6 erläutert die grundlegende Hypothese im Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit. Anschließend werden die Kennzeichen psychischer Erkrankungen sowie der Depression dargestellt sowie die Studienergebnisse zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

Kapitel 8 beschreibt die psychische Erkrankung und die soziale Ungleichheit. In Punkt 9 wird die Fragestellung der Arbeit erörtert. Das methodische Vorgehen wird in Kapitel 10 dargelegt. Das nächste Kapitel geht auf die Ergebnisse von ausgewählten Studien ein. In Kapitel 12 wird der Zusammenhang von Depression und soziale Ungleichheit beschrieben. Abgeschlossen wird die Arbeit mit der Diskussion der Ergebnisse und einem Fazit.

2 soziale Ungleichheit

Was ist soziale Ungleichheit?

Die Unterschiede in Hinblick auf den beruflichen Status, das Einkommen und die Bildung werden als „soziale Ungleichheit“ bezeichnet. (SVR Gesundheit 2013).

Soziale Ungleichheiten betreffen die Lebenswelt der einzelnen Menschen. Darüber hinaus können soziale Ungleichheiten auch politische Diskussionen und gesellschaftliche Probleme schaffen. Dies führt dazu, dass die Soziologie im 19. Jahrhundert als eine eigenständige Wissenschaftsdisziplin entstand. (Bundeszentrale für politische Bildung 2013).

Die Sozialepidemiologie hat sich mit dem Thema der sozialen Ungleichheit seit 15 Jahren verstärkt beschäftigt. Im Jahre 2000 entstand das in diesem Feld wichtige englischsprachige Buch „Social Epidemiology“ von Lisa F. Berkman und Ichiro Kawachi. Die Autoren befassten sich systematisch mit den sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit innerhalb der Gesellschaft.

Ein Jahr später erschien der ebenfalls wichtige deutschsprachige Band von (Mielck/Bloomfield 2001) mit dem Titel „Sozial-Epidemiologie“.

Setzt man sich mit den Aspekten sozialer Ungleichheit auseinander, resultiert daraus auch die Erkenntnis, dass die Ungleichheit bundesweit wächst. Deshalb wird immer mehr über diese Thematik geforscht. (Hradil, 2012). Beispielsweise weiß man, dass die Bundesrepublik Deutschland zu den vermögendsten Nationen der Erde zählt. Zudem gehören die sozialen

Sicherungssysteme Deutschlands zu den Besten der Welt. Durch die weiterführende Auseinandersetzung mit dieser Thematik hat man allerdings festgestellt, dass das Vermögen der Bevölkerung ungleich verteilt ist und die Tendenz der ungleichen Vermögensverteilung weiter wächst. Dies führt in Deutschland zur mehr Armut. Diese Entwicklung beeinflusst unter anderem die Lebensverhältnisse der Menschen. Es findet eine Parallelentwicklung statt, je unausgeglichener die Vermögensverteilung desto weiter entwickelt sich die Lebensverhältnisse auseinander.

Nach Hradil versteht man unter sozialer Ungleichheit: *„die mehr oder minder vorteilhaften Lebens- und Handlungschancen, die Menschen durch gesellschaftlich hervorgebrachte Lebensbedingungen dauerhaft vorgegeben sind“* (Joas, 2007. S. 242).

Mit dem Wort „Ungleichheit“ werden in den Sozialwissenschaften nicht nur horizontale Unterschiede, sondern auch vertikale, d. h. bessere und schlechtere Stellungen zwischen Menschen bezeichnet. (Hradil, 2015).

„Unter diesen vielfältigen sozialen Unterschieden soll hier die Aufmerksamkeit jenen gelten, die Menschen im Vergleich miteinander nicht einfach als in bestimmter Hinsicht verschiedenartig charakterisieren, sondern sie gleichzeitig als besser oder schlechter höher oder tiefer gestellt erscheinen lassen. Solche Differenzierungen werden Erscheinungen sozialer Ungleichheit genannt.“ (Hradil, 2005, S.27).

Soziale Ungleichheit bezieht sich auf bestimmte Güter und Leistungen. Diese Güter und Leistungen werden in der Gesellschaft als wertvoll bewertet. Wenn einzelne Individuen mehr von diesen „wertvollen Gütern“ besitzen als andere, dann sind deren Lebensbedingungen innerhalb der Gesellschaft günstiger.

Als Lebensbedingungen sind hierbei die äußeren Rahmenbedingungen gemeint, die kurzfristig durch Denkarbeit und Verhalten eines jeden Individuums nicht zu beeinflussen sind. Die Bürger mit solch wertvollen Gütern in ihrem Besitz erscheinen gegenüber anderen Menschen mit geringwertigem Besitzstand besser gestellt. Man kann auch sagen, dass Menschen mit wertvollen Gütern höhergestellt erscheinen als Menschen mit weniger wertvollem Besitzstand.

Es muss jedoch erwähnt werden, dass in der Geschichte und im Vergleich zum Ausland gleichen Gütern nicht immer der gleiche Wert zugeordnet wurde, so dass sie überhaupt oder im gleichen Maße zu sozialer Ungleichheit führten. Beispielsweise bewertet man heutzutage

einen hohen Bildungsabschluss als wertvoll. Dies war früher anders. Ein hoher Bildungsabschluss gehört heutzutage somit zu den wesentlichen Ausprägungen der sozialen Ungleichheit. (Hradil, 2005, S.28).

Soziale Ungleichheit kann die psychische Gesundheit von Menschen sehr stark beeinflussen. Faktoren, die zu psychischen Störungen führen, lassen sich unter anderem auf die stetig steigenden Anforderungen in der Arbeitswelt zurückführen. Darüber besteht Konsens in der Fachwelt. (Gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie 2012).

2.1 Gründe und Einflussfaktoren sozialer Ungleichheit

Ein Ansatz die Ursachen und Determinanten sozialer Ungleichheit zu bestimmen, ist es den Status der Einzelnen in der Untersuchungsgruppe sowie die Dimensionen der sozialen Ungleichheit zu unterscheiden. Durch diese Vorgehensweise beschreibt man zuerst den Aufbau beziehungsweise die Struktur der sozialen Ungleichheit. Die Darstellung der Strukturen der Ungleichheit hilft dann, z.B. auf Basis der Einkommensverhältnisse des Individuums, bestimmte Denk- und Verhaltensmuster in der Untersuchungsgruppe zu verstehen und zu erklären. Darüber hinaus können so Zusammenhänge zwischen Dimensionen der Ungleichheit, beispielsweise zwischen Einkommen und Bildung, erklärt und nachvollzogen werden.

Die soziale Stellung der Menschen gilt als Ursache sozialer Ungleichheit. Die soziale Stellung der Menschen wird unter anderem über das Geschlecht und das Alter, den Beruf, die Wohnregion und den Geburtsjahrgang definiert.

Diese Determinanten stellen zwar alleine keine Schlechter oder Besserstellung dar, aber sie können zur sozialen Ungleichheit führen. Beispielsweise haben Männer einen besseren Beruf oder ein besseres Einkommen als Frauen. Jüngere haben eine bessere Chance auf eine höhere Bildung als ältere. (Hradil, 2005, S.34).

Soziale Ungleichheit wird in horizontale und vertikale Ausprägung unterschieden.

Bildung, beruflicher Status und Einkommen sind klassische vertikale Ungleichheitsmerkmale. Anhand dieser Kriterien wird die Ungleichheit in der Gesellschaft von der oberen Schicht zur unteren Schicht dargestellt. Das zentrale Anzeichen für vertikale soziale Ungleichheit ist das Einkommen. (Weilekes, 2007, S. 9,14).

Die Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Nationalität, Wohnort, Religionszugehörigkeit, Erwerbstätigkeit /Arbeitslosigkeit oder ethnischer Gruppe sind Merkmale der horizontalen sozialen Ungleichheit. Gesellschaftliche Probleme können unter Zuhilfenahme der genannten Merkmale analysiert werden. Die Analyse soll helfen, die Verursachergruppen einzugrenzen bzw. zu identifizieren, um gezielt an der Problemursache zu arbeiten. (Weilekes, 2007, S. 10).

Die horizontalen und vertikalen Ungleichheitsmerkmale dienen zur genaueren Beschreibung der Ursachen, die zur sozialen Ungleichheit führen. Die drei oben genannten vertikalen Faktoren, also Einkommen, Bildung und Berufsstatus sind Faktoren der sozialen Ungleichheit, die meistens in Studien genutzt werden, um soziale Ungleichheit zu messen. (Geyer, 2009).

Diese vertikalen Ungleichheitsfaktoren stellen die wesentlichen Faktoren sozialer Ungleichheit dar. Deshalb werden diese Determinanten im weiteren Verlauf detaillierter erläutert.

3 Gesundheitliche Ungleichheit

Soziale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, im Gesundheitsverhalten und im Gesundheitszustand sind die Bestandteile der „gesundheitlichen Ungleichheit“.

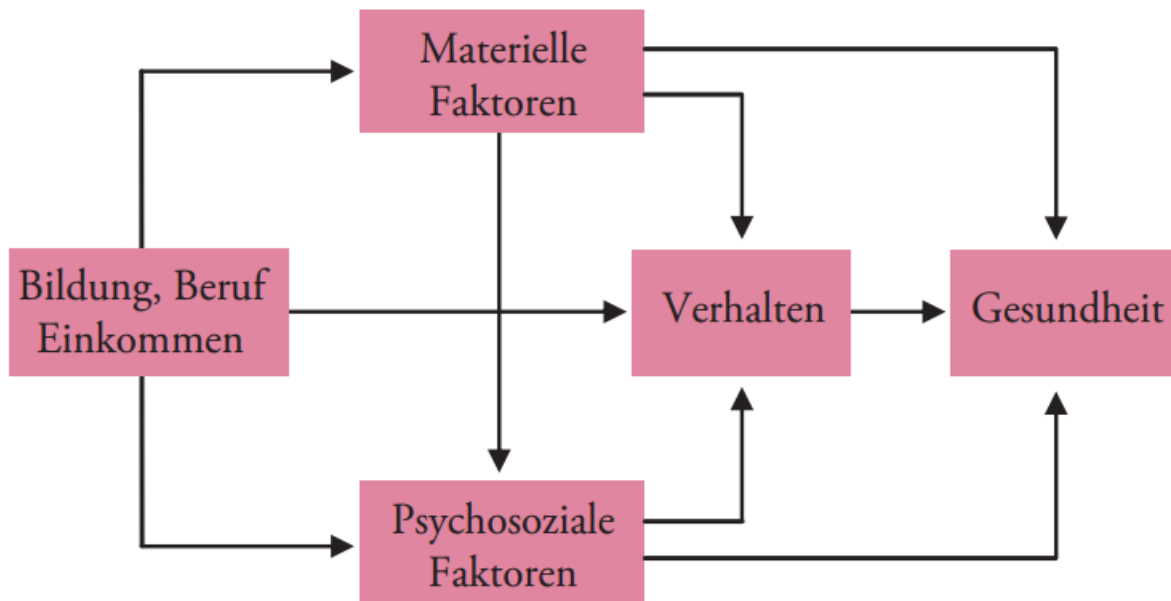
Die selbständige Forschungsdisziplin der Sozialepidemiologie setzt sich unter anderem mit dieser Thematik auseinander. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit. Zu diesem Thema liefert auch die Gesundheitsberichterstattung regelmäßig Fakten und Daten. Um gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland zu beschreiben, werden verschiedene Datenquellen genutzt. Beispielfhaft kann der Mikrozensus², das Sozioökonomische Panell (SOEP)³, und das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts genannt werden. (Bundeszentrale für politische Bildung 2013).

² Repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland

³ Repräsentative Wiederholungsbefragung

In dem folgenden Modell werden die Determinanten der gesundheitlichen Ungleichheit dargestellt:

Abb. 1: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit



(Richter, Hurrelmann, bpb, 2007, Erklärungsmodelle gesundheitlicher Ungleichheit)

Die Darstellung beschreibt den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status (beeinflusst durch Beruf, Einkommen und Bildung) und der gesundheitlichen Ungleichheit. Die Abbildung zeigt auf, dass der sozioökonomische Status die wesentliche Ursache für die gesundheitliche Ungleichheit in der Gesellschaft ist. Jedoch soll damit nicht gemeint sein, dass der sozioökonomische Status direkt die Gesundheit beeinflusst. Es sind vielmehr die aus dem sozioökonomischen Status resultierenden gesundheitlichen Risikofaktoren, die je nach Status, ungleich in der Bevölkerung verteilt sind. Die gesundheitlichen Risikofaktoren lassen sich unterteilen in psychosoziale Faktoren (z.B. chronische Alltagsbelastung, kritische Lebensbelastung), verhaltensbezogene Faktoren (z.B. Bewegungsmangel, Zigarettenkonsum und Alkoholmissbrauch) und materielle Faktoren (finanzielle Ressourcen). Diese drei

Einflussfaktoren stehen auch in Relation zueinander. Als Beispiel hierfür kann man die Pfeile nennen, die von den psychosozialen und materiellen Faktoren zum Verhalten zeigen. Damit ist gemeint, dass diese Determinanten nicht nur direkt Auswirkung auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen haben, sondern die Gesundheit auch über das durch psychosoziale und materielle Faktoren beeinflusste Verhalten indirekt Auswirkungen erfährt. (Richter, Hurrelmann, 2007).

4 Soziale Ungleichheit und Gesundheit

In der Vergangenheit führten einige nationale und internationale Wissenschaftler Studien durch, welche unabhängig voneinander und unabhängig von den eingesetzten Indikatoren aufzeigten, dass Menschen aus niedrigen sozioökonomischen Schichten gesundheitliche schlechter gestellt sind als Menschen mit höherem sozioökonomischem Status. Zu diesen Untersuchungen gehören unter anderem:

- die NHANES-Studien (USA)
- die Deutsche Herz-Kreislauf-Prävention-Studie (DHP)
- die Whitehall Studien (Großbritannien)
- der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 bzw. die telefonischen Gesundheitssurvey (Deutschland) (Babitsch, B., Lampert, T et al., 2009).

Das bedeutet, dass soziale Ungleichheiten bezogen auf Gesundheit bzw. Krankheit stark mit sozialen sowie ökonomischen Rahmenbedingungen verbunden sind.

„Der britische Soziologe Richard Wilkinson geht davon aus, dass sich vergrößernde materielle Unterschiede, insbesondere der Einkommen, mit einem Absinken der sozialen Integrationen einhergehen. Kontakte über soziale Gruppen hinweg werden seltener und das Misstrauen nimmt zu.“ (Geyer, 2009, S. 7).

Trotz positiver gesamtgesellschaftlicher Entwicklung ist in Deutschland eine tiefgreifende soziale Ungleichheit zu erkennen. Es ist zwar zu beobachten, dass die Gesundheit der Gesamtheit der Bevölkerung sich positiv entwickelt. Jedoch lässt sich ebenso feststellen, dass Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten eine langsamere Verbesserung der

Gesundheitssituation als Menschen aus höheren sozialen Schichten erfahren.

Die soziale Ungleichheit umfasst drei Kerndimensionen, nämlich Bildung, Einkommen und Beruf. In erster Linie sind es diese Kerndimensionen, die einen großen Einfluss auf gesundheitliche Lage der Bevölkerung haben.

Die gesundheitliche Ungleichheit hat sich zur Erklärung der Relation von Gesundheit und sozialer Ungleichheit als geeignet erwiesen. (Richter, Hurrelmann, 2006).

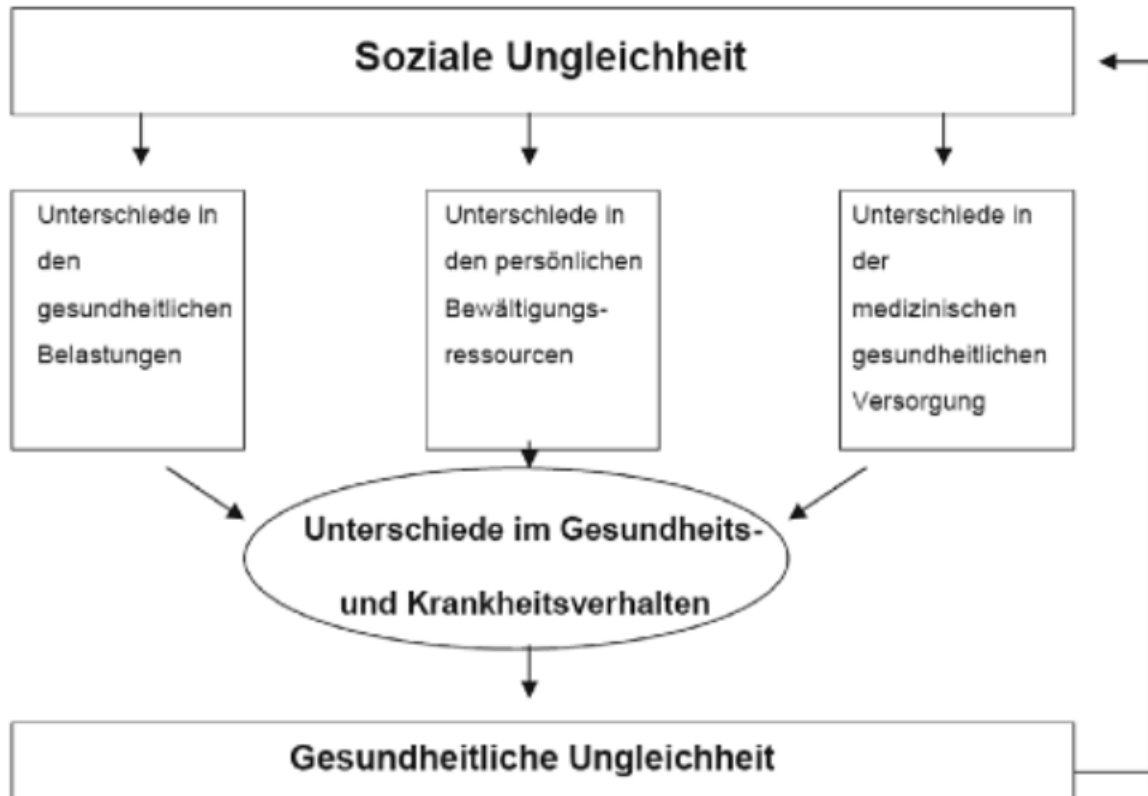
In der Regel leiden Menschen mit einem niedrigeren Einkommen, Bildung oder beruflichen Status häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Sie sterben früher als die Menschen mit einem höheren Einkommen, Bildung oder beruflichen Status. Der Zusammenhang wird unter dem Punkt 4 tiefergehend erläutert.

In Bezug auf die Zusammenhänge, Erklärungen und Beschreibungen sozialer Ungleichheit und Gesundheit wurden von der internationalen Forschung deutliche Erkenntnisfortschritte gemacht. In diesem Zusammenhang konnte nachgewiesen werden, dass für alle Länder, für welche auch Daten vorliegen, gesundheitliche Nachteile und Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel frühzeitige Sterblichkeit öfter vorkommen. Dies betrifft vorwiegend die Gruppen mit entsprechend niedrigem Status, Einkommen und Ausbildung. Deshalb wurden vermehrt Versuche unternommen die sozioökonomischen Unterschiede zu verringern. Darüber hinaus soll mit Zuhilfenahme von Prävention und Gesundheitsförderung die Gesundheit in der Bevölkerung verbessert werden.

Die Ungleichheit in der Gesundheit zwischen Reich und Arm nimmt fortlaufend zu. Die gravierendste Ursache für diese Entwicklung ist, dass grundsätzlich die Kluft zwischen armer und reicher Bevölkerung zunimmt. Das bedeutet, dass trotz jährlich wachsender Wirtschaft das Vermögen innerhalb der Bevölkerungsschichten nicht gleich stark wächst. Diese ungleiche Verteilung von Einkommen und Vermögen hat einen direkten Einfluss auf die Gesundheit in den jeweiligen Bevölkerungsschichten. Studien zeigten auf, dass die wachsende Ungleichheit in der Gesundheit sogar dazu führt, dass in den letzten 15 Jahren in Europa die Sterblichkeit bei den ärmeren Bevölkerungsschichten stärker angestiegen ist als bei der reicheren Bevölkerung. (Lampert, Kroll, Dunkelberg, 2007).

In der folgenden Abbildung 2 ist der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit von Mielck und Helmert dargestellt worden.

Abb. 2: Zusammenfassung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



(Heinzl, L. 2012. S. 98)

Die Darstellung der Zusammenhänge lässt sich wie folgt erklären: die soziale Ungleichheit führt zu ungleichen Lebensbedingungen. Diese führt wiederum zu gesundheitlicher Ungleichheit.

Die angesprochenen ungleichen Lebensbedingungen betreffen die gesundheitliche Belastung, die persönlichen Bewältigungsressourcen und die medizinisch gesundheitliche Versorgung.

Weiterhin wird in der Abbildung aufgezeigt, dass die soziale Ungleichheit in der Bevölkerung zu unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen der Menschen führt. Ein Unterschied in gesundheitlicher Belastung kann zum Beispiel die unterschiedliche Belastung von Menschen aus unterschiedlichen SES am Arbeitsplatz sein. Menschen, die auf Grund sozialer Ungleichheit einer niedrigen SES angehören, sind einem höheren Risiko ausgesetzt eine schlechte Ausbildung zu erfahren. Dies führt zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass nach der Ausbildung eine körperlich belastende Tätigkeit ausgeführt wird. Dieser Zusammenhang wird unter „5.2 Bildung“ detaillierter erläutert und bewiesen.

Darüber wird in der Abbildung dargestellt, dass die soziale Ungleichheit aber auch zu unterschiedlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Menschen aus unterschiedlichen SES negative Erlebnisse angemessen verarbeiten zu können führt. Darüber hinaus stehen Menschen aus unterschiedlichen SES unterschiedlich soziale Unterstützung zur Verfügung. Diese Bedingungen werden in der Darstellung als persönliche Bewältigungsressource beschrieben.

Eine weitere Ursache gesundheitlicher Ungleichheit, die der Abbildung zu entnehmen ist, ist die unterschiedliche Kommunikation zwischen Ärzten und den Patienten. Ursache für Probleme in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient kann die in der Kommunikationsforschung bekannte selektive Wahrnehmung sein. Hierbei wird das Gesprochene vom Empfänger der Nachricht auf Basis der eigenen Erfahrung und das Erlernete bewertet und verstanden. Menschen aus unterschiedlichen SES haben unterschiedliche Erfahrungen und in der Regel auch unterschiedliche Bildung. Die Auswirkung hiervon kann unterschiedliche Akzeptanz und Durchführung der vom Arzt empfohlenen Behandlung sein. Unterschiedliche Kommunikation kann aber beispielsweise auch auf die unterschiedliche Behandlung von Kassen- und Privatpatient bezogen werden. Privatpatienten werden teilweise nicht nur terminlich bevorzugt, es kommt auch oft vor, dass sich Ärzte mehr Zeit nehmen für die Privatpatienten. Privatpatienten sind in der Regel aus höheren SES und Menschen aus niedrigen SES sind in der Regel Kassenpatienten. Solch eine Disparität in der ärztlichen Versorgung und Behandlung kann letztendlich zu unterschiedlichen Mortalitätsraten und Morbiditätsraten führen.

In der Abbildung wird auch dargestellt, dass die gesundheitliche Ungleichheit wiederum die soziale Ungleichheit verstärkt, denn kranke Menschen sind eher von einer Verschlechterung des SES betroffen als gesunde Personen. Im Gegensatz dazu ist die Verbesserung des SES eher bei gesunden Menschen anzutreffen als bei kranken Personen. (Heinzl, 2012, S.97).

5 Soziale Schichten

Eine soziale Schicht beschreibt eine Gruppe von Menschen, die einen ähnlichen SES aufweisen.

Um die Stellung eines Menschen in verschiedenen Schichten in der Gesellschaft untersuchen zu können, betrachtet man meistens dessen Berufs-, Bildungs- und Einkommensstatus.

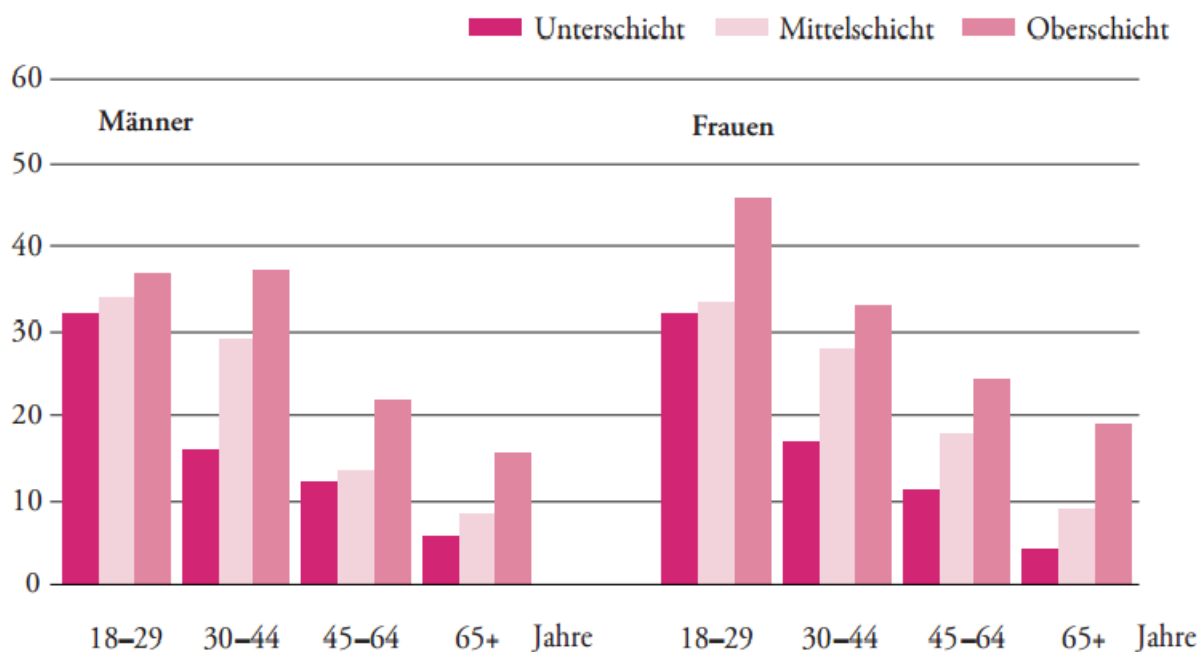
Die Berufsqualifikation, der Berufsstatus und das Einkommen gelten in fortschrittlichen Gesellschaften als das wesentliche Strukturteil der Zusammensetzung sozialer Ungleichheit. (Hradil, bpb, 2012).

2003 wurde ein telefonischer Gesundheitssurvey durchgeführt. Dabei wurden Männer und Frauen nach ihrem Gesundheitszustand befragt, um zu bewerten ob ihre soziale Schicht einen Einfluss auf ihren jeweiligen Gesundheitszustand hat. Abbildung 3 zeigt die Selbsteinschätzung der Gesundheit in Abhängigkeit von der sozialen Schichtzugehörigkeit bei Frauen und Männern.

Diese Informationen, die der Abbildung 3 entnommen werden kann, stellen den tatsächlichen subjektiven Gesundheitszustand in Verbindung mit Sterblichkeit dar.

Menschen, die der unteren sozialen Schicht zugeordnet werden, beschreiben - unabhängig von Geschlecht und Alter - ihren Gesundheitszustand deutlich seltener als „sehr gut“ als Menschen aus mittleren und höheren sozialen Schichten. (Lampert, Kroll, Dunkelberg, 2007).

Abb. 3: Anteil der Männer und Frauen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als "sehr gut" einschätzen, nach sozialer Schichzugehörigkeit



(Lampert, T., Kroll, L., Dunkelberg, A., 2007)

Durch viele epidemiologische Forschungsarbeiten wurde festgestellt, dass die Lebensdauer ebenso wie Erkrankungen zwischen den unterschiedlichen Schichten auch in allen entwickelten Industrieländern ungleich verteilt ist. Im Vergleich zwischen unteren und höheren Schichten besteht eine erhöhte Morbidität und Mortalität bei niedrigem Bildungs-, Einkommens- und Berufsniveau. (Müller, Gutenbrunner, 2001). Nachfolgend werden die drei Faktoren und deren Einfluss auf die Gesundheit näher beschrieben.

5.1 Einkommen

Geld hat eine wesentliche Bedeutung bei der Bewertung der Lebensqualität. Mehr verfügbares Einkommen bedeutet in der Regel mehr Sicherheit, bessere Gesundheit und ein besseres Bildungsniveau. (Curado, 2007).

Ob ein Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit besteht, wurde durch verschiedene Studien geprüft und bestätigt. Vor allem arme Menschen bewerten ihren Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter, da sie verstärkt von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind. Außerdem unterliegen sie einem höheren

vorzeitigen Sterberisiko. (Lampert, Ziese, 2005).

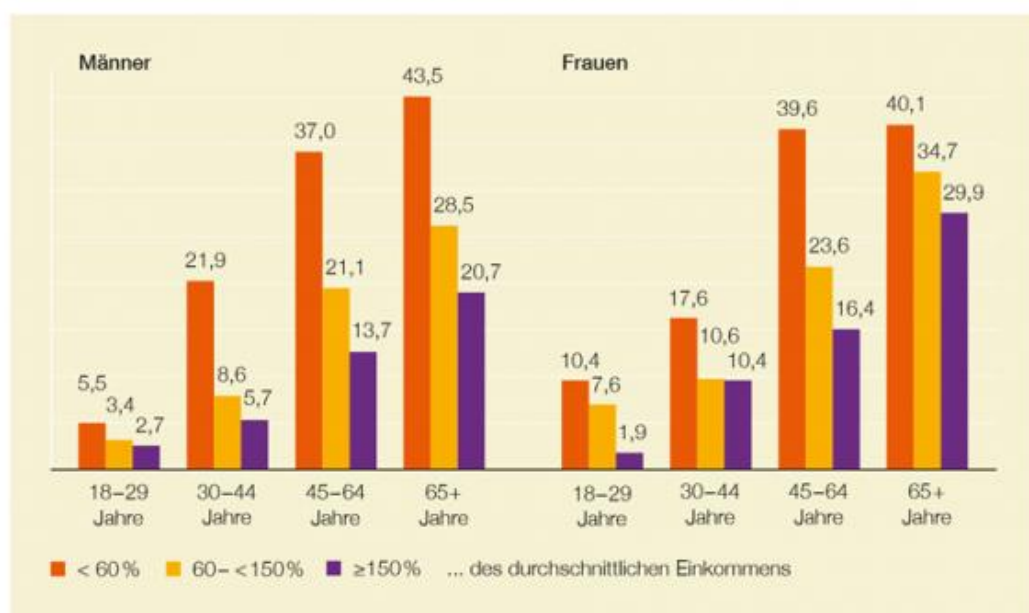
Die zentrale Dimension ist das personelle Einkommen, welche die Bedürfnisbefriedigung ermöglicht. Grundbedürfnisse lassen sich gesundheitsgerechter verwirklichen, wenn das Einkommen von Haushalten und Personen höher ist. Personen mit hohem Einkommen können sich z.B. eine Unterkunft mit weniger Lärmbelästigung, „gesunde Ernährung“, oder einen Entspannungsurlaub leisten.

Somit kann geringes oder hohes Einkommen das Verhalten und die Leistung die Gesundheit zu beeinflussen erleichtern oder erschweren. Deshalb wirkt sich Einkommen direkt oder indirekt auf Gesundheit aus. (Brennecke, 1998).

Dieser Zustand spiegelt sich im Vergleich zwischen den Angehörigen aus der mittleren und höheren Einkommensgruppe wieder. Denn Studien haben gezeigt, dass Männer und Frauen mit niedrigerem Einkommen eine geringere Lebenserwartung haben. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status haben bei Geburt eine um 4,1 bzw. 3,8 Jahre geringere mittlere Lebenserwartung im Vergleich zu Menschen aus der hohen sozialen Schicht. Dieses Ergebnis wurde durch eine Studie bestätigt. (GBE, 2014, RKI). Männer aus dem unteren Einkommensviertel sterben durchschnittlich elf Jahre früher als Männer des oberen Einkommensviertels. Bei Frauen zeigt sich ein ähnliches Verhältnis. (Lampert, Kroll et al. 2013).

Bei einer Selbsteinschätzung zur Gesundheit lässt sich das Verteilungsmuster folgendermaßen beschreiben: bei Menschen mit niedrigerem Einkommen ist die Beeinträchtigung der subjektiven Gesundheit häufiger erkennbar. Abbildung 4. (Lampert, Kroll, 2005).

Abb. 4: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ("weniger gut" oder "schlecht") nach drei Einkommensgruppen 2011- in Prozent



(Lampert, T., Kroll, L., Kuntz, B., Ziese, T. 2013., Einkommen und Gesundheit)

Neben den materiellen Aspekten stellt das Einkommen auch einen wesentlichen Faktor für die soziale Integration und soziokulturelle Teilhabe sowie für das psychosoziale Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität dar. So wird Menschen, die einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt sind, ein weniger guter bzw. schlechterer Gesundheitszustand zugeschrieben.

5.2 Bildung

Bildung fördert die Teilnahme am sozialen, kulturellen oder politischen Leben. (Weilekes, 2007, S. 19).

Außerdem bezieht Bildung Fertigkeiten und Kenntnisse ein, die es erlauben, Probleme zu lösen. Gedankliche Flexibilität und Fähigkeiten nehmen mit der Dauer der Ausbildung zu. Üblicherweise wird Bildung anhand der schulischen und beruflichen Ausbildung gemessen. Bildung als eine der Faktoren sozialer Ungleichheit korreliert stark mit dem Faktor Beruf, weniger deutlich mit dem Einkommen. (Wippert, Beckmann, 2009, S. 20).

Bildung ist eine exogene, also von außen beeinflusste Determinante des SES. Dieser Faktor

ist exogen, da der Zugang, die Qualität und die Quantität der Bildung in erster Linie durch den Staat beeinflusst werden. (Mueller, 2001).

Leider hat sich seit 50 Jahren für Kinder aus unteren sozialen Schichten hinsichtlich Bildungschancen nicht viel geändert. Die relativen Bildungschancen sind für diese Kinder lediglich geringfügig gestiegen. (Wippert, Beckmann, 2009, S. 20).

Kinder aus höheren sozialen Schichten erreichen noch zu großen Anteilen Gymnasien und Universitäten, wobei Kindern aus unteren sozialen Schichten diese Möglichkeit häufig verwehrt bleibt. Weltweit sind Kinder aus oberen Schichten erfolgreicher als die Kinder, die schlechter gestellten Familien entstammen. In allen vergleichbaren Ländern konnten aber deren Bildungschancen besser gestaltet werden als in Deutschland. (Hradil, bpb, 2012).

Die persönliche Bildung steht in enger Relation zur eigenen Gesundheit und somit auch in Relation zu der eigenen Lebenserwartung. Darüber hinaus beeinflusst Bildung die Integrations- sowie Durchsetzungschancen. Diese Zusammenhänge begründen die wichtige Bedeutung von Bildung in Form von Qualifikationen um einen Arbeitsplatz zu finden. (Hradil, 2012, S. 160).

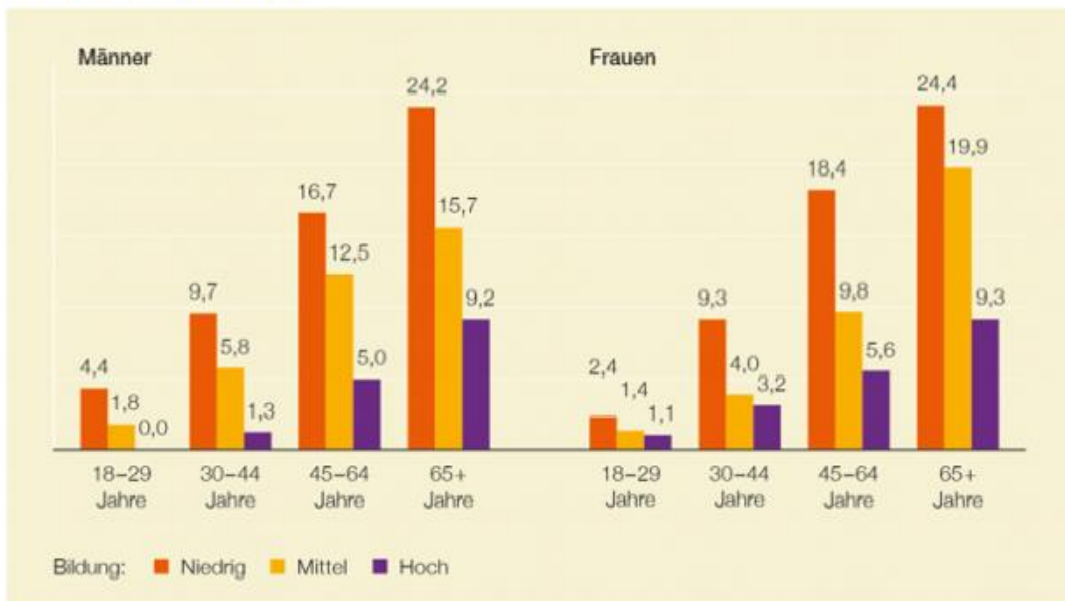
Also reguliert Bildung den Zugang zu qualifizierten Berufen und entscheidet damit über das erzielbare Einkommen. Bildung ist somit neben dem Einkommen ein gravierender Einflussfaktor auf die Gesundheit.

Generell achten Männer und Frauen mit höherer Bildung mehr auf ihre Gesundheit als Männer und Frauen mit niedrigerem Bildungsstatus. Dazu schätzen Menschen mit höherer Bildung Krankheitssymptome bei sich und Familienmitgliedern besser und öfter ein. Die bessere Einschätzung kann dazu führen, dass der Krankheitsverlauf verzögert oder gar die Krankheit beendet werden kann. Durch das höhere Bildungsniveau werden mehr Informationen zur Gesundheit aufgenommen und verarbeitet. Beispielsweise besuchen Personen mit höherer Bildung häufiger Heilpraktiker/ Innen oder Ärzte/ Innen, um sich untersuchen und behandeln zu lassen. (Mielck, Bloomfield, 2001, S10).

Die GEDA-Studie 2010 (»Gesundheit in Deutschland aktuell«) hat gezeigt, dass Personen mit niedriger Bildung unabhängig von Alter und Geschlecht stärker krankheitsbedingt Einschränkungen erleiden als Menschen mit mittlerer und hoher Bildung. Die Abbildung 5 zeigt wie die Einschränkung auf Grund niedriger Bildung zwischen den Altersklassen verteilt ist. Im Vergleich zu Personen mit hoher Bildung haben Männer mit niedriger Bildung ein 3.9

fach und Frauen ein 2.7 fach erhöhtes Risiko für eine funktionelle Einschränkung. (Lampert, Kroll et al. 2013).

Abb. 5: Erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung nach Bildung 2010- in Prozent



(Lampert, Kroll, Kuntz, Ziese, 2013, Bildung als Ressource für Gesundheit)

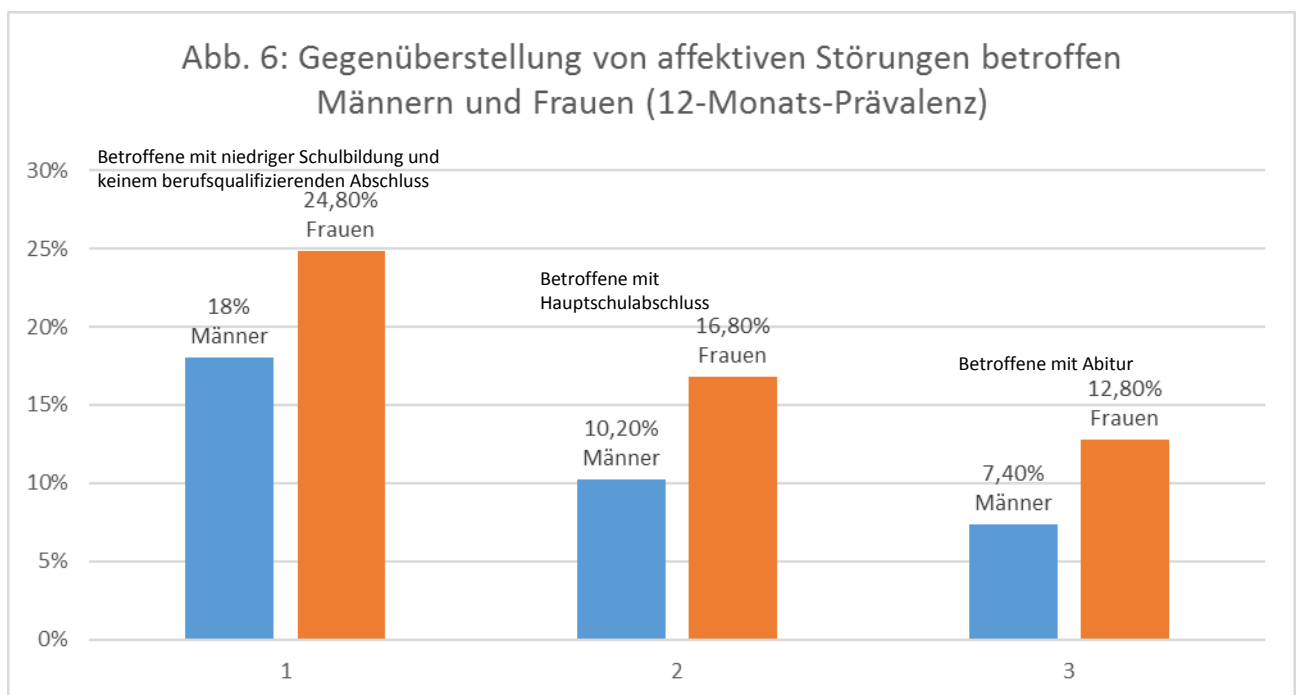
Man kann auch sagen, dass gebildete Menschen mehr Wert auf ihre Gesundheit legen als Menschen mit schlechterer Bildung. (MEA, 2010).

Die Bedeutung von Gesundheit in der Bildung muss aus verschiedenen Perspektiven betrachten und bewertet werden. Bildung steht nämlich in Zusammenhang mit psychischen und physischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die auf den Arbeitsplatz zurück zu führen sind. Diese Beeinträchtigungen, das Erwerbseinkommen und Beförderungsaussichten sind abhängig vom Bildungsstatus.

Bildung ist eine wesentliche Ressource für die Gesundheit und viele Studien haben sich deshalb mit dem Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Erkrankungen beschäftigt. Hurrelmann bezieht sich darauf, dass für Frauen und Männer, die einen Volks- und Hauptschulabschluss haben, ein erhöhtes Risiko besteht an psychischen Krankheiten zu erkranken. (Rüegger, 2011).

In den Jahren von 1997 bis 1999 wurde das Bundes-Gesundheitssurvey vom Robert Koch-

Institut durchgeführt. Hieran wurde das Zusatzmodell „Psychische Störungen“ angeschlossen. Das Ziel war es, den Gesundheitszustand der deutschen Erwachsenenbevölkerung unter Berücksichtigung ihrer Bildung zu untersuchen. Eine der Erkenntnisse war der Zusammenhang von Bildung und affektiven Störungen (z.B. depressive Störung, Depression oder Manie) in der 12-Monats-Prävalenz. In der Abbildung 6 wird die Verteilung der affektiven Störung geschlechtsabhängig dargestellt. Man erkennt, dass Frauen unabhängig vom Bildungsgrad und im Vergleich zu Männern immer stärker von affektiven Störungen betroffen sind. Zusätzlich lässt sich erkennen, dass sowohl Frauen als auch Männer mit niedriger Schulbildung und fehlendem berufsqualifizierten Abschluss am stärksten von affektiven Störungen betroffen sind. (Lampert, Ziese, 2005).



Daten aus dem Zusatzmodul, welches an den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 angeschlossen wurde

„Damit bestimmt Bildung neben der Strukturierung des Lebensverlaufes und der Verteilung von sozioökonomischen Lebenschancen auch die Dauer des Lebens selbst“. (Mueller, U. 2001. S. 29).

Für Deutschland gilt, dass eine geringere Mortalität und höhere Zufriedenheit mit der Gesundheit im Zusammenhang mit höherer Bildung stehen.

5.3 Berufsstatus

Der Berufsstatus gehört, neben Bildung und Einkommen, zu den zentralen Faktoren der sozialen Ungleichheit. Denn in hoch entwickelten Industrienationen zeigt sich, dass je niedriger der berufliche Status ist, desto mehr nimmt die Morbidität und Mortalität zu. (Mielck und Bloomfield, 2001).

Als Indikator für gesundheitsrelevante Arbeitsbedingungen, kann der Berufsstatus genannt werden. *„Grundsätzlich lassen sich eine Reduktion von Arbeitsplätzen mit körperlichen Belastungen und eine Zunahme von Arbeitsplätzen mit psychosozialen Belastungen feststellen“.* (Wippert, Beckmann, 2009, S. 19).

Der Beruf gibt auch die Stellung in der Gesellschaft wieder, da der Berufsstatus mit einer jeweiligen gesellschaftlichen Anerkennung verbunden ist. Ein Müllmann genießt eine andere, weitaus geringere gesellschaftliche Anerkennung als beispielsweise ein Hirnchirurg. Die gesellschaftliche Anerkennung wird mit Zuhilfenahme von Prestigeskalen eingestuft. Jedoch bringt der Beruf nicht nur gesellschaftliche Anerkennung mit sich, sondern eine charakteristische Rollenerwartung, die auch das Privatleben betrifft. Von einem Polizisten beispielsweise erwartet man auch, dass er im Privatleben eine moralische und gesetzestreue Vorbildfunktion einnimmt. (Lampert, Ziese, 2005, S. 77).

Der Berufsstatus ist für die Sozialepidemiologie von besonderer Bedeutung, weil er eine direktere kausale Verknüpfung mit gesundheitlicher Ungleichheit ist. Der Beruf wirkt direkt auf den Gesundheitszustand der Menschen. Die Faktoren hierbei sind die körperlichen und seelischen Belastungen, die die Menschen bewältigen müssen. Zusätzlich hat der Beruf auch einen sekundären Effekten auf das Gesundheitsverhalten. Zum Beispiel wollen viele Handwerksbetriebe für die Ausbildung Personen mit mindestens einem Realschulabschluss. Die Schulabgänger, die ein niedriger eingestuftes Zeugnis, zum Beispiel einen Hauptschulabschluss vorweisen können, haben kaum Chancen eine die Ausbildung an diesen Handwerksbetrieben zu absolvieren. Ohne eine Ausbildung ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie zu einer niedrigeren sozialen Schicht gehören werden. Darüber hinaus haben sie kaum Chancen eine Arbeit zu finden. (Kawallek, A). Dies wiederum führt zu einem niedrigen SES und somit zu einer gesundheitlichen Schlechterstellung.

Ein berufstätiger Mensch verbringt einen Großteil seiner Lebenszeit bei der Arbeit. Aus diesem Grund hat der Berufsstatus Einfluss auf die Einstellungen, das Freizeit- und

Konsumverhalten, die Selbstwahrnehmung, sowie das Selbstwertgefühl.

Bei der Aufklärung des heutigen Berufslebens werden definierte Anhaltspunkte gesetzt, die die Berufe anhand ihres Images und ihrer Beziehungen zu einander einteilen.

Üblicherweise sind Berufe mit anspruchsvollen geistigen Anforderungen hoch angesehen. In der Wissenschaft werden Skalen und Operationalisierungen eingesetzt um einzuschätzen wie sehr geistig anspruchsvoll ein Beruf ist. Folgende Einteilungen sind möglich:

- Berufe mit nicht-manueller und manuellen Tätigkeiten
- Berufe mit unterschiedlichem sozialen Status (niedrig, mittel, hoch)
- Selbstständige, Beamte, Arbeiter, Angestellte

Innerhalb der zuletzt genannten Kategorisierung kann noch detaillierter unterschieden werden, nämlich in Facharbeiter, angelernte Arbeiter, ungelernte Arbeiter usw.

Jedoch wird die heutige in sich komplexe Berufswelt durch die oben aufgeführten simplen Unterscheidungsmerkmale nicht ausreichend differenziert. Eine andere Differenzierung ist jedoch notwendig, nicht zuletzt um die Möglichkeit zu erwirken, Zusammenhänge - wie zum Beispiel die Zusammenhänge zwischen Beruf und Gesundheit- genauer zu bewerten. Hierfür werden komplexe Indizes eingesetzt mit dem Ziel Berufe anhand ihres Ansehens zueinander ins Verhältnis zu setzen. Der Treiman-Index beispielsweise, benannt nach dem Erfinder dieser Klassifizierung, stellt den Prestige-Rang von Berufen in Relation zueinander. Die unterschiedlichen Klassifizierungen können zur wissenschaftlichen Aufklärung von gesundheitlicher Ungleichheit angewendet werden. Allerdings sind Studien, für die unterschiedliche Klassifizierungen zu Grunde gelegt wurden, einer mit dem anderen nicht direkt zu vergleichen. (Peter, 2012, S. 28).

6 Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Untersuchungen der Techniker Krankenkasse haben ergeben, dass psychische Störungen bei Erwerblosen zu einem Anstieg bei Fehlzeiten um 107% in dem Untersuchungszeitraum (2000 bis 2009) geführt haben. Auch die BKK hat zu diesem Thema Untersuchungen durchgeführt

und kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Nach Recherche der BKK sind psychische Krankheiten in der Gruppe der Arbeitslosen die zweithöchste Relevanz zuzuordnen. Demnach lag 2008 die Ursache für annähernd jedem vierten Arbeitsunfähigkeitstag bei Erwerbslosen in psychischen Erkrankungen. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bedarf einer näheren Betrachtung. Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit der näheren Betrachtung.(DGB, 2010)

6.1 Grundlegende Hypothesen im Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit

Im Folgenden werden zwei grundlegende Hypothesen im Zusammenhang mit Gesundheit und Arbeitslosigkeit beschrieben und untersucht. Es handelt sich hierbei um die „*Kausalitätshypothese*“ und die „*Selektionshypothese*“. Bevor Aussagen über die Einflüsse der Arbeitslosigkeit getroffen werden können, müssen die möglichen Auswirkungen der Selektionseffekte berücksichtigt werden.

Die Selektionshypothese besagt, dass Krankheit zur Arbeitslosigkeit führt. Es werden häufig erkrankende Arbeitskräfte eher entlassen, die meisten Kündigungen erfolgen krankheitsbedingt.

Beispielsweise droht Männern mit sechs bis zwölf Wochen Krankschreibungsdauer ein zweimal höheres Risiko innerhalb von drei Jahren arbeitslos zu werden als nicht krankgeschriebenen Männern. Aktuelle Daten der GEK (Gmünder Ersatz Kasse) zeigen, dass je länger die Krankschreibung dauert, desto höher ist das Risiko arbeitslos zu werden. Das zeigt, dass Krankheit auch ein Grund für Arbeitslosigkeit ist. (RKI. 2003).

Unter der Kausalitätshypothese versteht man die Annahme, dass Arbeitslosigkeit einen negativen Einfluss auf die Gesundheit des Betroffenen hat.

Bei dem Nachweisversuch wurden Studienteilnehmer vor und nach ihrer Arbeitslosigkeit untersucht, um herauszufinden, welchen gesundheitlichen Zustand sie vor und nach der Arbeitslosigkeit aufweisen. Die Untersuchung der Auswirkungen von Arbeitslosigkeit kann sich schwierig gestalten, da die Auswirkungen zeitlich versetzt auftreten können. Nach der Arbeitslosigkeit können psychische Symptome oder soziale Auswirkungen kurzfristig zu

sehen sein. Allerdings können sich physische Erkrankungen wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen erst nach Jahren fortbilden. Man spricht deshalb von einer Kausalitätshypothese, da ein eindeutiger und zweifelsfreier Nachweis der Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit problematisch ist. (Weilekes, 2007).

6.2 Studienergebnisse zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Die Sozialwissenschaften untersuchen die psychosozialen Belastungen von Arbeitslosen seit der Weltwirtschaftskrise 1929.

In diesem Zusammenhang haben Wissenschaftler in der Studie „Lazardsfeld, P., Jahoda, M., Zeisel, H. (1933). *Die Arbeitslosen von Marienthal, Ein soziographischer Versuch über die Wirkung langdauernder Arbeitslosigkeit*“, psychosoziale Belastungen von Langzeitarbeitslosen beschrieben. Die Studie wurde im Kontext der Weltwirtschaftskrise 1931–1933 durchgeführt. Es wurde unter anderem Scham (resultierend aus dem Statusverlust), Reduzierung oder Wegfall sozialer Kontakte, Angstgefühle oder psychische Unausgeglichenheit beobachtet. Ferner wurde der Zusammenbruch der Familienbeziehungen, Orientierungslosigkeit und depressive Stimmungen beschrieben, welche letztendlich zur Resignation führten. (Mueller, Heinzl-Gutenbrunner, 2001).

Darüber hinaus wurden andere aktuellere Studien zu dem Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit durchgeführt. Unter anderem kann Studien wie z.B. „DGB-Studie.(2010). *Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit - Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung*“, „Lampert, T., Kroll, L., Müters, S., Stolzenberg, H. (2013). *Messung des sozioökonomische Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*“ und „Lampert, T., Kroll, L., Müters, S., Stolzenberg, H. (2012). *Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA)*“ genannt werden.

Psychische Symptome kommen besonders in der Anfangszeit der Erwerbslosigkeit häufiger vor als körperliche Beeinträchtigungen. Die körperlichen Symptome, die erst mit fortschreitender Zeit auftreten sind vorwiegend psychosomatische Einschränkungen. Jedoch

kann bei vielen Leiden kein einfacher Kausalitätszusammenhang nachgewiesen werden.

Aktuelle Metaanalysen und Längsschnittstudien lassen einen eindeutigen Schluss zu. Es kann eindeutig gefolgert werden, dass Arbeitslosigkeit die psychische Gesundheit verschlechtert.

Es wurde herausgefunden, dass sich die psychische Gesundheit von Arbeitslosen und Beschäftigten dramatisch unterscheiden kann. In der Anfangsphase der Erwerbslosigkeit treten psychische Schädigungen stärker auf als körperliche Schädigung. (DGB, 2012).

Zentrale Symptome einer ungesünderen Psyche von Arbeitslosen sind Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit und Depressivität. Darüber hinaus Symptome wie Hilflosigkeit oder gar Resignation. Ferner kommt es zu einem reduzierten Selbstwertgefühl oder/und reduzierter Aktivität. Dies kann wiederum zur Vereinsamung der Arbeitslosen führen. Diese Symptome, die einzeln oder gemeinsam auftreten können, führen in vielen Fällen zu einer Abwärtsspirale, aus der die Arbeitslosen kaum ohne äußere Hilfestellung herauskommen können. Den eigenen Arbeitsplatz zu verlieren hat somit nicht nur Konsequenzen auf die Einkommenssituation, sondern kann auch Ursache von psychosozialen Belastungen sein und folglich von psychischer Krankheit.

Es ist hervorzuheben, dass nicht nur Arbeitslosigkeit zu einer Verschlechterung der Gesundheit führen kann, sondern eine eingeschränkte Gesundheit auch zur Arbeitslosigkeit. Studien haben gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit nicht nur auf gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeitserfahrungen zurückzuführen ist. Vielmehr zeigten diese Studien auf, dass Personen mit eingeschränkter Gesundheit schlechtere Beschäftigungschancen haben.

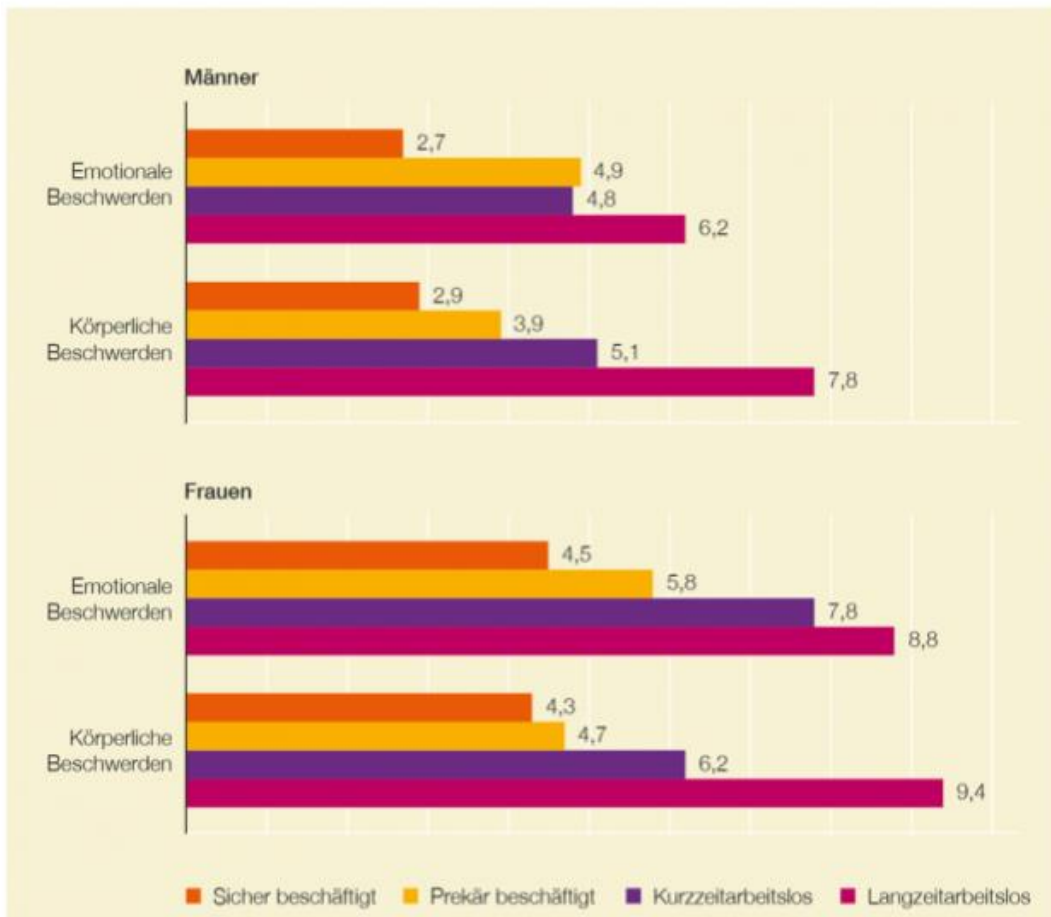
Auch unterliegen gesundheitlich eingeschränkte Personen einem höheren Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Zudem haben sie schlechtere Chancen auf eine Wiedereingliederung ins Berufsleben. (Lampert, Kroll et al. 2013).

Die folgende Abbildung 7 zeigt den Zusammenhang zwischen Erwerbssituation und emotionale beziehungsweise körperliche Beschwerden bei Männern und Frauen im Alter von 18-24 Jahren. Es lässt sich klar erkennen, dass je größer die Unsicherheit bei der Beschäftigung ist, desto stärker bzw. häufiger die emotionalen und körperlichen Beschwerden ausgeprägt sind. Dies gilt sowohl für die Männer als auch die in der Untersuchung berücksichtigten Frauen. Ausnahme sind hierbei die Männer, die kurzzeitarbeitslos sind, da sie weniger stark von den emotionalen Beschwerden betroffen sind (dies kann allerdings auch eine Ausnahme nur für diese Studie sein). Allerdings gilt für beide Geschlechter wiederum,

dass die Langzeitarbeitslosen die meisten gesundheitlichen Beschwerden aufweisen. Wobei die körperlichen Beschwerden häufiger auftreten als die emotionalen Beschwerden.

Demzufolge lässt sich zusammenfassend festhalten, dass auch diese Studie den negativen Einfluss von geringfügiger, unsicherer bzw. keiner Arbeit auf die Gesundheit bestätigt hat.

Abb. 7: Durchschnittliche Anzahl von Tagen im letzten Monat mit körperlichen beziehungsweise emotionalen Beschwerden nach Erwerbssituation bei Männern und Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahren 2010



(Lampert, Kroll et al. 2013, Arbeitslosigkeit und Gesundheit)

7 Psychische Erkrankung

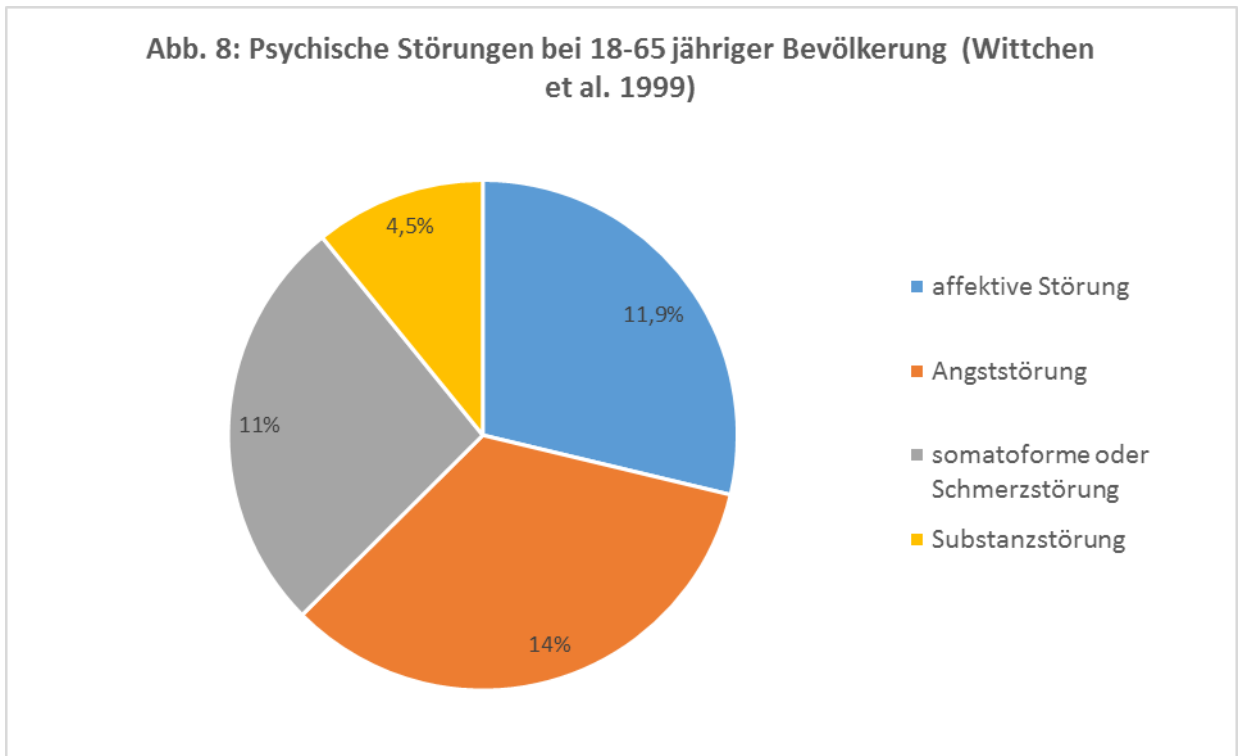
„Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonalen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern und die von der jeweiligen Personen nicht oder nur begrenzt beeinflussbar sind“. (Bastina, 1998, S. 19).

Seit den 1990er Jahren haben nationale und internationale Studien veranschaulicht, dass psychische Erkrankungen viel häufiger als früher auftreten. Angst und Depression sind die verbreitetsten und häufigsten psychischen Störungen in der EU und Schätzungen zufolge leiden mehr als 27% der Erwachsenen in Europa bzw. knapp ein Drittel der deutschen Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben unter psychischen Störungen.

Epidemiologische Studien, die einen Zeitraum von zwölf Monaten umfassten, ergaben, dass etwa jeder vierte Erwachsene die Merkmale für eine oder mehrere psychische Störungen aufzeigte. (Mauz, Jacobi 2008).

In Deutschland wird die Datenlage in Bezug auf psychische Störungen - trotz der oben erwähnten Studien – als nicht ausreichend durch die Experten beschrieben. Der unter 5.2 bereits erwähnte Bundes-Gesundheitssurvey mit angeschlossenen Zusatzmodul „Psychische Störung“ konnte erstmals eine ausreichende Datenlage unter anderem zur psychischen Gesundheit der Deutschen liefern. In der Abbildung 8 ist der Anteil unterschiedlicher psychischer Störungen innerhalb der untersuchten Gruppe dargestellt. Die affektiven Störungen, die auch Depressionen umfassen, treten mit 11,9% am zweithäufigsten auf.

Abb. 8: Psychische Störungen bei 18-65 jähriger Bevölkerung (Wittchen et al. 1999)



Daten aus dem Zusatzmodul, welches an den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 angeschlossen wurde

In der Tabelle 1 sind für die in der Abbildung 8 genannten Arten von psychischen Störungen jeweils eins bis zwei Beispiele genannt. Die jeweiligen Störungen sind zur einfacheren Zuordnung farblich genauso gekennzeichnet wie in Abbildung 8. (Lampert, Ziese et al, RKI, 2005).

Tabelle 1: Arten von psychischen Störungen	Beispiele
affektive Störung	dysthymen Störung majore Depression
Angststörung	soziale Phobie Agoraphobie Panikstörung
somatoforme Störung	Somatoforme Schmerzstörung
Substanzstörung	Missbrauch und/oder Abhängigkeit von legalen Substanzen Missbrauch und/oder Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Eine weitere Art der psychischen Störung ist das Burn-out Syndrom. Hierbei handelt es sich um ein arbeitsweltbezogenes Syndrom. Die betroffenen Männer und Frauen sind mehrheitlich dem mittleren und hohen sozioökonomischen Status zuzuordnen. (Hapkee, U., Maske, U, et al, 2012).

Die Psychotherapie ist ein wesentlicher Behandlungsansatz bei annähernd allen psychischen Leiden. Abhängig von der Art und Intensität der psychischen Leiden kann bei Bedarf beziehungsweise muss die Pharmakotherapie ergänzend zu der Psychotherapie angewendet werden. (Bundespsychotherapeutenkammer, 2015).

7.1 Depression

„Depressionen sind häufig psychische Störungen mit einer hohen Lebenszeitprävalenz. Ein Drittel aller Depressionen dauern länger als zwei Jahre an. Über zehn Prozent aller Depressionen bestehen länger als fünf Jahren“. (Brakemeier, E. Schramm, E. Hautzinger, M. 2012, S.1).

Depression ist ein Oberbegriff für die Störungen der Seelenlage. Diese zeigen sich beispielsweise als Energie- und Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenverlust und Traurigkeit.

Depressive Störungen können entweder ohne weiteres Zutun oder einen erkennbaren Grund in Erscheinung treten oder sind Folge von schweren physischen oder psychischen Belastungen oder Grunderkrankungen. (GEDA, 2010, S. 93).

Nahezu 20 Prozent der Bürger sind von einer Depressionsphase betroffen. Die Betroffenen erkranken mindestens einmal im Leben. Mehr als 10 Prozent der Bevölkerung erkrankt innerhalb eines Jahres an Depression. Männer sind etwa halb so häufig betroffen wie Frauen. In aller Regel tritt die Depression bei Menschen im Alter zwischen 25 bis 35 Jahren erstmals auf.

Wer an einer Depression leidet, ist einem höheren Risiko ausgesetzt Folgeerkrankungen zu erleiden. In der Regel handelt es sich bei den Folgeerkrankungen um weitere psychische Störungen. Angststörungen sind die häufigsten Folgeerkrankungen von Depressionen. Hieran

erkranken drei von vier Bürgern, die vorher an einer Depression gelitten hatten. (Bundespsychotherapeutenkammer, 2015).

Offenbar haben in den letzten Jahrzehnten vor allem die chronifizierten Depressionen zugenommen. Depressionen erfassen immer jüngere Altersgruppen und stellen bereits eine echte „Volkskrankheit“ dar. (Brakemeier, Schramm, Hautzinger, 2012, S. 9).

Experten sagen voraus, dass im Jahre 2020 die Anzahl an depressiv erkrankten dramatisch zunehmen wird. Sie gehen davon aus, dass diese Krankheit die zweithäufigste Krankheitsursache in allen Industrieländern darstellen wird. (Bundespsychotherapeutenkammer, 2015).

In der Bundesrepublik sterben jährlich ca. 10.000 Bürger an den Folgen eines Suizidversuchs. Viele dieser Menschen waren depressiv erkrankt. Trotz der Anstrengungen depressive Menschen zu therapieren, ist der Anteil der depressiv Erkrankten unter den Selbstmördern hoch. Schätzungen sagen, dass 40 %–70 % der Selbstmorde durch eine Depression begründet sind. (RKI 2006; Kocalevent, Hegerl 2010).

Im Jahr 2008 schlugen Kosten in Höhe von über 5,2 Milliarden Euro für die Behandlung von depressiven Menschen zu Buche.

Ungeachtet dieser hohen Aufwendungen erhält ein Teil der Betroffenen keine adäquate Behandlung. Ein Grund hierfür ist unter anderem die regelmäßig wichtiger erscheinende Behandlung der physischen Symptome. Oft wird aber auch die Heftigkeit der Depression unterschätzt und es kommt dadurch zu keiner ausreichenden und angemessenen Behandlung. (RKI 2008; Wittchen, Jacobi 2001).

Etwas 8% der Männer und 15% der Frauen waren im Jahr 1998 von Depressionen betroffen. Diese Zahlen schlossen Menschen mit ein, die sich selbst als depressiv diagnostiziert hatten. Diese Angaben kann man aus dem Bundesgesundheitsurvey desselben Jahres entnehmen. Im Jahr 2009 hingegen wurden 5% der Männer und 8% der Frauen registriert, die in den vergangenen 12 Monaten durch einen Arzt als depressiv diagnostiziert wurden. Das bedeutet allerdings, dass die für 2009 genannten Zahlen keine Selbstdiagnosen beinhalten. Somit sollte für das Jahr 2009 die Gesamtzahl der depressiv erkrankten unter Berücksichtigung der Selbstdiagnosen höher sein.

Einige Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit eine Depression beeinflussen, sind unter anderem familiäre Aspekte, aktuelle psychische Belastungen, Trennungen und Verluste in der Kindheit sowie andere körperliche Erkrankungen.

Ein anderer wichtiger und bedeutsamer Faktor der Depression ist die soziale Ungleichheit.

Die vorliegende Arbeit wird herausfinden, ob in unteren Sozialschichten der Anteil von Menschen mit Depressionen größer ist als in oberen Sozialstatusgruppen. (GBE, RKI, 2013).

8 Psychische Erkrankung und soziale Ungleichheit

“In Zukunft wird die Schere zwischen Arm und Reich eine der großen Ursachen für psychische Störungen und Krankheiten sein” (Kawallek, A).

Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und psychischer Erkrankung ist ein kontinuierliches Thema in der psychiatrischen Epidemiologie. Diverse Forschungen haben den Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und psychischen Störungen bewiesen. (Köllner, Schauenburg, 2013. S. 85).

Besonders betroffen von psychischen Störungen in Industrieländern sind Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten. In diesem Kontext haben internationale Studien gezeigt, dass zwischen Armutsindex, Bildung oder niedriger Sozialstatus und psychischer Störungen ein Zusammenhang besteht. (Mütters, Mauz, Jacobi, 2009).

Die psychische Gesundheit wird durch die soziale Ungleichheit beeinflusst. (Lampert, Mielck, 2008). Die Armen leiden oft unter psychischen Erkrankungen, weil sie kaum Chancen auf gerechtes Leben haben. Reichere hingegen werden krank, weil sie durch Stress und Leistungsdruck den Lebenssinn verlieren. (ebd.). Um die Schichtverteilung besser zu erklären wurden drei Erklärungsmodelle erarbeitet.

Die erste Hypothese bzw. Denkvorgang besagt, dass Arbeitslosigkeit und Arbeitsbedingungen eine große und gravierende Rolle für den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und sozialer Schicht spielen. Der Zusammenhang wurde oben erklärt.

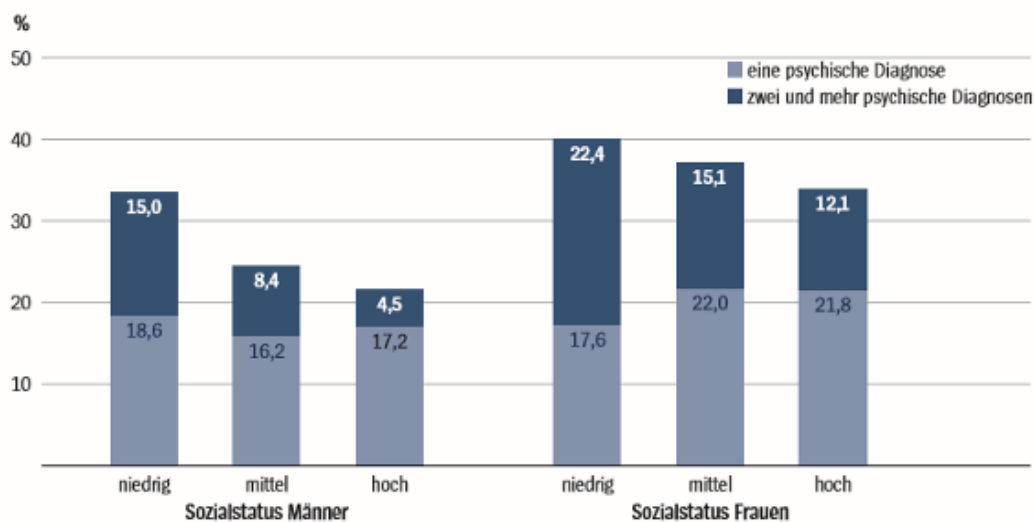
Die zweite Überlegung basiert sich auf der „Drifthythese“. Damit wird das häufige

Vorkommen von Schizophrenie in den unteren Schichten erklärt. Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung. Ursache dafür könnte ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko und finanzielle Probleme in der unteren sozialen Schicht sein.

Die dritte Erklärung zeigt, dass Menschen aus der unteren sozialen Schicht bestimmte Lebensumstände, z. B. geringes Einkommen, schlechte Wohnqualität etc. als Belastung erleben. Für Betroffene gibt es dann weniger Ressourcen, um die Belastungen verarbeiten zu können. Das könnte zu sozialem Druck, zu dem Verlust der Selbstsicherheit und deshalb anschließend zu psychischen Erkrankungen führen. (Weilekes, 2007, S. 28).

An dieser Stelle geht die Arbeit erneut auf den unter 5.2 bereits erwähnten Bundes-Gesundheitssurvey mit angeschlossenen Zusatzmodul „Psychische Störung“ ein. Denn die Studie zeigte über die bereits berichteten Zusammenhänge auch die Verteilung der psychischen Störung (beispielsweise Depression) geschlechtsabhängig und abhängig von dem SES auf. In der Abbildung 9 kann man erkennen, dass Männer und Frauen aus niedrigen SES am häufigsten von psychischen Störung betroffen sind.

Abb. 9: Statusspezifische Unterschiede in der 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei 18-65-jährigen Männer und Frauen



(Lampert, Mielck, 2008, Psychische Gesundheit)

9 Fragestellung

Die Arbeit beschäftigt sich mit den Fragen

- Wie ist die Verteilung der Depression in verschiedenen sozioökonomischen Schichten?
- Welche Faktoren der sozialen Ungleichheit können als ursächlich für Depression identifiziert werden?

Die Fragen werden durch Vergleiche der verschiedenen Studien beantwortet.

10 Das methodische Vorgehen

Es wurde im ersten Arbeitsschnitt eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Das Ziel ist es, aktuelle Reviews und Studien zu sozialer Ungleichheit und zur Verteilung der Depression in verschiedenen sozioökonomischen Schichten zu finden. Es wurden im zweiten Schritt die Studien anhand einer Literaturrecherche ermittelt. Die Ergebnisse dieser Reviews und Studien soll die Fragestellung der Arbeit beantworten.

10.1 Die Durchführung der Literaturrecherche

Für diese Bachelorarbeit wird neben einer strukturierten Online Literaturdatenbankanalyse auch eine Handrecherche durchgeführt, die es ermöglicht die Verteilung der Depression in verschiedenen sozioökonomischen Schichten zu erfassen und zu identifizieren und zu klären welche sozialen Faktoren ursächlich für eine Depression sind.

Es wurde die Internetsuchmaschine Google Scholar ausgewählt sowie das RKI als Leitinstitut des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Die Internetsuchmaschine „Google“ wurde auch zusätzlich verwendet.

Weitere Datenbanken wurden aufgrund der Einschränkung des Untersuchungszeitraums nicht berücksichtigt. Es wurde nur nach deutschsprachiger Literatur gesucht.

Zu der Suchstrategie gehörte die Eingabe von Suchworten wie soziale Ungleichheit oder

sozioökonomische Schichten. Darüber hinaus wurden Suchbegriffe wie Depression, psychische Erkrankung, Verteilung der Depression sowie gesundheitliche Ungleichheit und unterschiedliche Endungsmöglichkeiten nach dem Wortstamm genutzt. Diese Suchbegriffe und Abwandlungen wurden auch in Kombination bei der Recherche eingesetzt. Die Datenbankrecherche erfolgte durch diese Suchschlagworte und deren Verknüpfungen mit UND-/ODER und NICHT- Operatoren. Anschließend wurden die Datenbanken festgelegt, in denen die Literaturrecherche vorgenommen werden sollte.

10.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden ausschließlich an Männer und Frauen durchgeführte, randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und Reviews zu Grunde gelegt. Grund hierfür sind das Fehlen von dokumentierten Studienergebnisse und zahllosen Behauptungen aus nicht-wissenschaftlichen Texten.

Einschlusskriterien:

Jahr: 1998-2015

Region:

- Deutschland
- Länder der EU (Wenn Deutschland in Untersuchung einbezogen oder Untersuchungsergebnisse auch für Deutschland verallgemeinert werden können.)

Sprache: Deutsch

Zielgruppe: Erwachsene zwischen 18 bis 79

Ausschlusskriterien:

Titel oder Abstract: Wenn fehlende Relevanz erkennbar.

Aktualität: Es liegt aktuellere Literatur zum gleichen Thema vor.

10.3 Materialauswertung

Folgender Leitfragen wurden neben dem Erscheinungsjahr, Erscheinungsdatum und dem Autor zur Auswertung der gefundenen Literatur ausgewählt:

1. Welcher Bezug besteht zur Forschungsfrage?
2. Welches Thema bzw. Problem wird bearbeitet?
3. Auf welche Aspekte wird eingegangen?
4. Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Ergebnissen ziehen?

Insgesamt wurden fünf Studien anhand dieser Fragen durch die Materialauswertung ausgewählt, die inhaltlich beschrieben werden.

11 Ergebnisse

Im folgenden Ergebnisteil werden die Studien zum genannten Thema vorgestellt. Hierbei wird die Auswertung der Quellen dargestellt. Begonnen wird mit einer kurzen Beschreibung der ausgewählten Studie.

Es ist anzumerken, dass die einzelnen dargestellten Studien und Reviews nicht die vollständigen Suchresultate umfassen. Die Studien sind inhaltlich auf das Wesentliche gekürzt. In dem folgenden Kapitel werden die relevanten Erkenntnisse aus dem bundesweit repräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts dargestellt. (Lampert, Jacobi, 2014).

11.1 Vorstellung der Studien

Zur Beantwortung der Frage, wie die Verteilung der Depression in verschiedenen sozioökonomischen Schichten ist und welche sozialen Faktoren als ursächlich für eine

Depression identifiziert werden, wurden fünf Studien in dieser Arbeit berücksichtigt und miteinander verglichen.

Durch die Materialauswertung anhand dieser Fragen in Bezug auf die Forschungsfrage wurden insgesamt fünf Studien ausgewählt. Die Datenbasis aller dieser Studien ist aus den vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Studien.

Die Studien sind:

- *Rose, U., Jacobi, F. (2006). Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98.*
- *Lampert, T. (2004-2005). Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten.*
- *Mauz, E., Jacobi, F. (2008) Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich*
- *RKI, (2008-2013) Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)*
- *Lampert, T., Kroll, L., Müters, S., Stolzenberg, H-. (2008-2011) Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*

Im Folgenden werden die oben genannten exemplarisch ausgewählten Studien einzeln inhaltlich vorgestellt.

11.2 Prävalenz psychischer Störung (Depression) nach sozioökonomischem Status

In den folgenden Punkten werden verschiedene Studien, welche sich mit dem Zusammenhang von Depression und SES beschäftigen, beschrieben. Darüber hinaus werden die für diese Arbeit relevanten Ergebnisse zusammengefasst dargestellt.

11.2.1 Gesundheitsstörungen bei Arbeitslose - Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98

Rose, U., Jacobi, F. (2006). Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen- Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98.

Im Zeitraum von Oktober 1997 und März 1998 wurde vom RKI eine Studie zum Thema Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen durchgeführt. Es wurden 7124 Menschen im Alter zwischen 18-79 Jahre befragt. Dabei ging es um die Frage, ob die unterschiedlichen sozialen Schichten Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand haben und ob die Lebensumstände innerhalb der Schichten psychische Störungen verursachen können. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl bei Frauen als auch bei Männern die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei niedrigerer Schicht schlechter ist als bei höherer Schicht. Außerdem belegen die Ergebnisse in Bezug auf psychische Störungen aus dem klinischen Interview für arbeitslose Frauen und Männern jeweils eine höhere Prävalenz der Depression. (Rose, Jacobi 2006).

Das heißt, dass eine niedrigere soziale Schicht im Zusammenhang mit der Gesundheit steht und es beeinflussen kann. Außerdem ist die Arbeitslosigkeit einer der sozialen Faktoren, die Depressionen verursachen können.

11.2.2 Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Lampert, T. (2004-2005). Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten.

Eine weitere Studie über schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten wurde im Jahr 2005 durchgeführt. Es handelt sich um einem telefonischen Interview und es wurde dabei insgesamt 8.318 Männer und Frauen zwischen 18 bis 65 Jahren in ganz Deutschland befragt. Die Schwerpunkte lagen hierbei auf chronischen

Krankheiten und Beschwerden. Untersuchungsvariable war unter anderem die Depression. Dabei wurde die Datenbasis aus dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003 benutzt, der von RKI durchgeführt worden war. Die Studie besagt ebenso, dass sowohl bei Frauen als auch bei Männern chronische Erkrankungen unter anderem Depression häufiger in der Unterschicht als in der Oberschicht vorkommen. (Lampert 2005).

Ein Geschlechtsunterschied ist aber in dieser Studie zu sehen. Bei Frauen in der Unterschicht treten Depressionen häufiger auf als bei Männer. Bei der subjektiven Gesundheit ist auch anzumerken, dass Frauen ihre Gesundheit schlechter einschätzen als Männer. Außerdem schätzen jüngere Menschen ihre Gesundheit besser ein als ältere.

Die bis zu dem Zeitpunkt vorgelegte Studien deuten entsprechend klar auf die Schlussfolgerung hin, dass Depressionen öfter und häufiger in der unteren sozialen Schicht auftreten.

11.2.3 Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich

Mauz, E., Jacobi, F. (2008)Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich

Die dritte zu erwähnende Studie mit dem Titel „ Prävalenz psychischer Störungen und soziale Ungleichheit in den Geburtskohorten“ betrachtet die Schichtunterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. Es wurden 4181 Menschen im Alter von 18-65 bei diesem telefonischen Interview teilgenommen. Dabei wurde zwischen drei Geburtskohorte unterschieden: (1933–1947, 1948–1967, 1968–1980).

Bei Frauen und Männern lassen sich in einer 12-Monats-Diagnose die Schichtunterschiede aufzeigen. Während in den beiden jüngeren Kohorten der unteren Schicht sich höhere Prävalenzen zeigen, verteilen sich in der ältesten Kohorte die psychischen Störungen homogen. Es lässt sich in der Tendenz nachweisen, dass der Zusammenhang sozialer Ungleichheit der Männer und psychischen Störungen bei der jüngsten Geburtskohorte stärker als in den beiden anderen Geburtskohorten (Interaktionseffekt: $p < 0,10$); und somit ein sozialer Gradient in der jüngsten Kohorte am deutlichsten sichtbar ist.

In einer repräsentativen deutschen Stichprobe wurde nachgewiesen und bestätigt, dass der bekannte Zusammenhang zwischen Sozialschicht und psychischen Störungen gilt, je niedriger die soziale Schicht desto höher die Prävalenz psychischer Störungen.

In dieser Studie wird zwischen Geburtskohorten unterschieden. In den jüngeren Kohorten sind psychische Störungen und Depressionen stärker erkennbar als in den älteren Kohorten. Diese Aussage gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. (Jacobi, Mauz 2013).

Bei der Analyse der Indikatoren sozialer Ungleichheit, wie Einkommen und Bildung, im Zusammenhang mit der Diagnose „psychische Störung“, wurden Geburtskohorte- und Geschlechtsunterschiede festgestellt und aufgezeigt. Bei Männern die ab 1968 geboren worden sind, zeigten die Ergebnisse, dass diese Männer mit niedriger Bildung ein 10,5-fach erhöhtes Risiko für irgendeine psychische Störungen haben im Vergleich zu Männern mit höherer Bildung. Bei den Frauen aus der gleichen Geburtskohorte entspricht die Risikoverteilung innerhalb der Bildungsklassen den Ergebnissen der Männer. Es gibt jedoch auch Determinanten, die das gesundheitliche Befinden positiv beeinflussen. Die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen finanziellen Situation ist einer dieser sogenannten protektiven (schützenden) Determinanten. Weitere protektive Determinanten - sowohl für Männer als auch für Frauen - sind Zufriedenheit mit Freundeskreis und Familie. Bei den Frauen erhöht eine niedrige Bildung das Risiko für eine psychische Störung, während ein geringeres Einkommen das Risiko für eine psychische Störung verringert. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern in der Geburtskohorte zwischen 1948-1967 besteht kein Zusammenhang zwischen Bildung und Einkommen und psychischer Störung. Bei den Männern, die bis 1947 geboren wurden und am besten und am schlechtesten ausgebildet sind, ist das Risiko an einem psychischen Leiden zu erkranken am geringsten. Dabei liegt im Einkommen tendenziell ein sozialer Gradient vor.

Bei der Gruppe der bis 1947 geborenen Frauen kann man nur bedingt Zusammenhänge aufzeigen. Man kann zusammenfassen, dass in dieser Gruppe eine hohe Bildung zum höchsten Risiko führt an einer psychischen Störung zu erkranken. Andererseits geht mit persönlich gefühlter Zufriedenheit mit dem Beruf ein verringertes Risiko an psychischen Störungen zu erkranken einher.

Wenn man die verschiedenen Faktoren betrachtet, welche die psychische Gesundheit beeinflussen, stellt man fest, dass bei Männern ein Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und Indikatoren sozialer Ungleichheit besteht. Dem gegenüber gestellt kann man

zusammenfassen, dass bei Frauen vorwiegend ein Zusammenhang zwischen persönlichen oder zwischenmenschlichen Einflussfaktoren und psychischen Störungen vorliegt. Diese Einflussfaktoren sind zum Beispiel Freundschaft oder auch Familie.

Zusammenfassend kann man auf Basis der beschriebenen Studie zum Schluss gelangen, dass Personen aus niedrigeren SES, speziell die Personen mit niedriger Bildung, in Zukunft stärker von psychischen Krankheiten betroffen sein werden. Zu dieser Entwicklung trägt einerseits sowohl die Zuspitzung der sozialen Gradienten in den Geburtskohorten aus jüngeren Jahrgängen bei, andererseits auch der stärkere Anstieg psychischer Störungen bei Menschen aus niedrigen SES. Die Studie hat ergeben, dass bei den untersuchten Männern alle Auswirkungen stärker in Erscheinung getreten sind als bei den untersuchten Frauen.

(Mauz, Müters, Jacobi, 2009. S. 7).

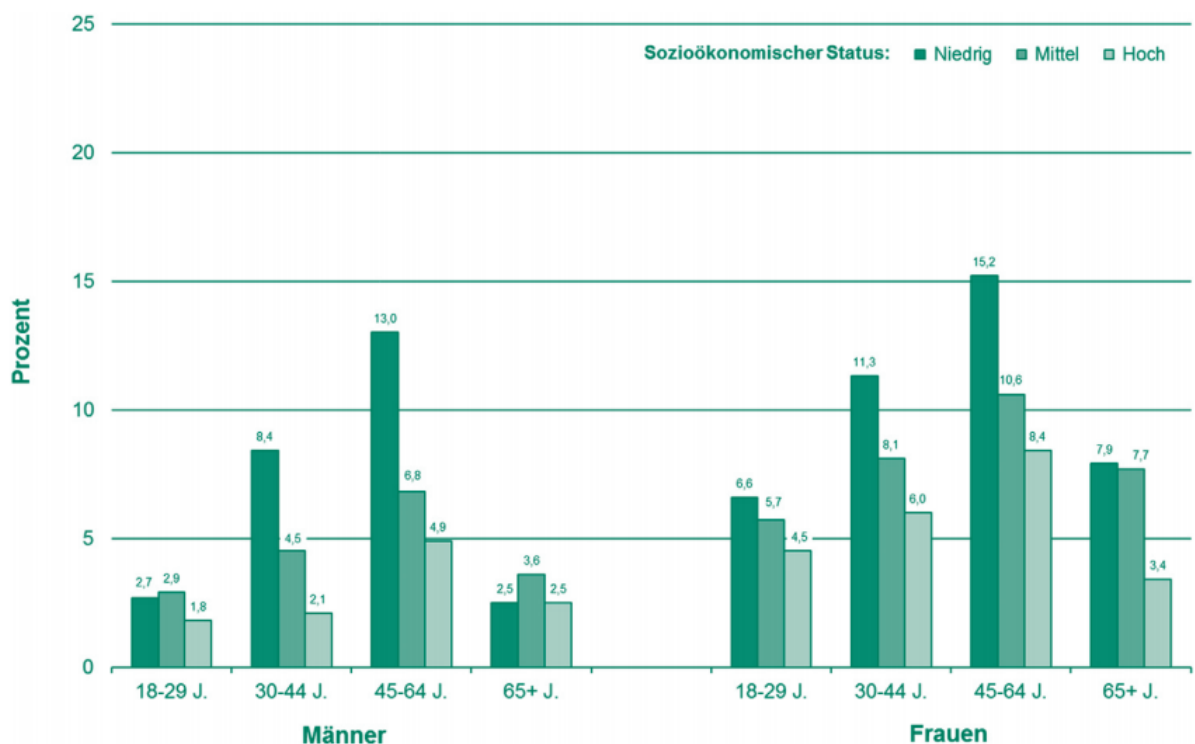
11.2.4 Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)

Es folgte von 2008 bis 2015 die Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) von RKI. Diese Studie ist als Querschnittstudie angelegt und wurde anhand telefonischer Interviews durchgeführt. Im Jahr 2008 bis 2010 wurden rund 25000 Personen ab 18 Jahre befragt. Die nächste Befragung hat im Jahr 2012 bis 2013 mit etwa 26000 Teilnehmer stattgefunden. Da die befragten Menschen im Jahr 2014 bis 2015 Menschen unter 18 Jahre alt waren, wurde dieser Zeitraum hier ausgeschlossen. (GEDA, 2010).

Ziel war die Bereitstellung aktueller Daten zu gesundheitsbezogenen Themen, Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends. Im Mittelpunkt des Forschungsbestrebens stand die Fragestellung inwieweit sich der Zusammenhang von sozialen Merkmalen und einer diagnostizierten Depression zwischen Frauen und Männern unterscheidet. Die Daten der GEDA 2012 zeigen auf, dass die im Vergleich zu der GEDA-Studie 2009 festgestellte 12-Monats-Prävalenz, welche die erfassten Depressionen betrifft, geschlechtsunabhängig in der GEDA-Studie 2012 die Anzahl der erfassten Depressionen deutlich höher ausfällt. Dies ist ein Hinweis darauf, dass es insgesamt eine Ausweitung der Depressionsdiagnosen gab. (RKI, 2014).

Diese Studie bestätigt, dass insgesamt bei 8,9% der Frauen und bei 5,2% der Männer im Alter zwischen 18 und 64 Jahren in den letzten zwölf Monaten eine Depression oder eine depressive Verstimmung ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostiziert worden war. Die GEDA-Studie belegt ebenfalls, dass „bei Frauen und Männern mit niedrigem Sozialstatus (mehrdimensionaler Index aus Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen; vgl. Lampert et al.2013) häufiger eine Depression diagnostiziert wird als bei denjenigen mit hohem Status“. Abbildung 10 (RKI 2013)

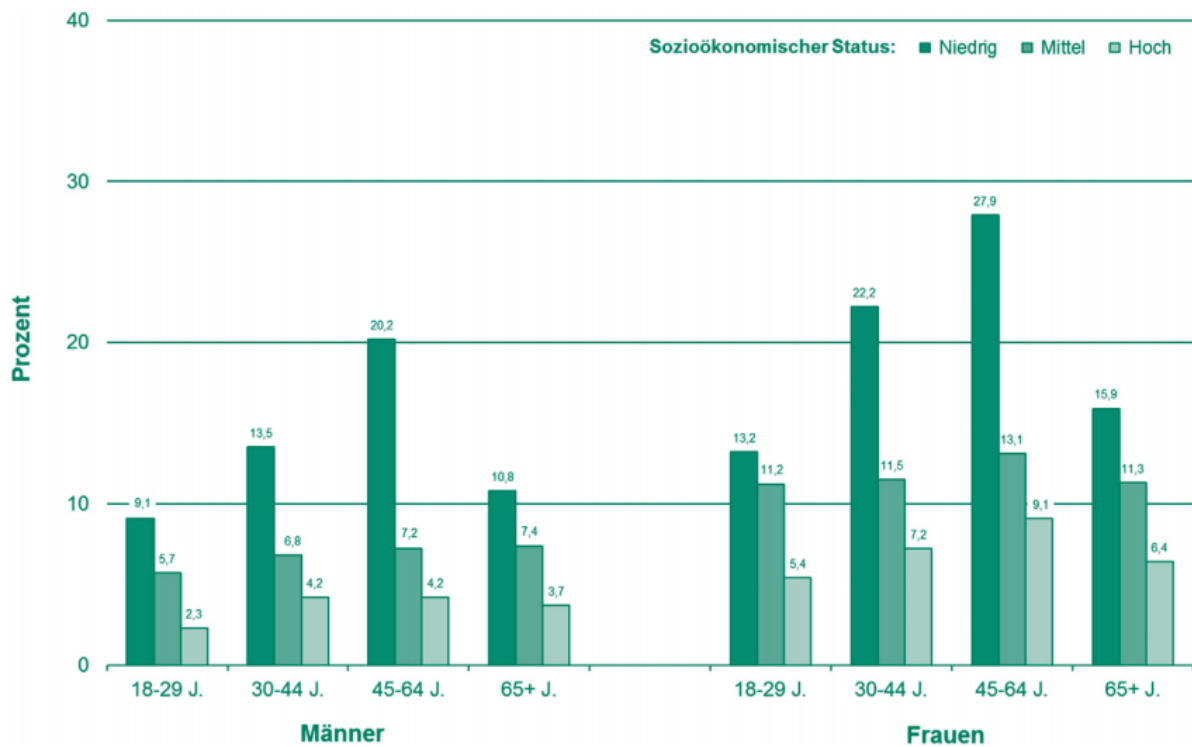
Abb. 10: 12-Monats-Prävalenz für Depressionen nach sozioökonomischem Status bei 18 Jährigen und älteren Männer und Frauen. Datenbasis: Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) 2009 und 2010 (N= 43.024)



(Lampert et al 2014)

Um die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit genauer zu erfassen, wurde im Jahr 2010 mit dem Mental Health Inventory ein internationales Untersuchungswerkzeug zur Anwendung gebracht. Die Ergebnisse daraus zeigen, dass Frauen und Männer mit einem niedrigeren Sozialstatus unabhängig von Altersgruppen häufiger einen Mangel an psychischer Gesundheit aufweisen. Abbildung 11 (RKI 2013)

Abb. 11 : Erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit in den letzten vier Wochen nach sozioökonomischem Status bei 18-jährigen und älteren Männern und Frauen. Datenbasis: "Gesundheit in Deutschland aktuell" 2010 (N= 21.939)



(Lampert et al 2014)

Die GEDA-Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei Männern im Erwerbsalter im Vergleich zu Frauen im Erwerbsalter eine Depressionsdiagnose stärker mit einem niedrigen Sozialstatus und dem Erwerbsstatus (arbeitslos / nicht erwerbstätig) assoziiert ist. (RKI 2013).

Nach den Ergebnissen der GEDA-Studie gehen 17 % der Männer und 14 % der Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren davon aus, dass ihre beeinträchtigte Gesundheit mit ein Grund für den Verlust des Arbeitsplatzes war. (Lampert et al 2013).

Es ist zusammenzufassen, dass diese Studie genauso wie die zwei anderen angeführten Studien den niedrigen sozialen Status, d.h. niedrigere Bildung, Berufsstatus und Einkommen als Grund einer Depression bestätigt.

11.2.5 Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Lampert, T., Kroll, L., Müters, S., Stolzenberg, H-. (2008-2011) Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Die letzte Studie, die in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung findet, ist die Studie, die ebenfalls Bestandteil des Gesundheitsmonitoring des RKI ist. Die Abkürzung (DEGS1) steht für „Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“.

Die erste Erhebungswelle (DEGS1), die persönliche Befragungen, Untersuchungen und Tests umfasste, wurde im Zeitraum von 2008 bis 2011 durchgeführt.

Das Ziel dieser Studie war es, für die Bundesrepublik Deutschland repräsentative Daten hinsichtlich der Gesundheitssituation von Erwachsenen zur Verfügung zu stellen. Dies sollte folgende Punkte beinhalten:

- Feststellung zeitlicher Tendenzen bezogen auf die Entwicklung der Gesundheitslage in Deutschland
- Erhebungen über den gesundheitlichen Verlauf im Lebenslauf der Befragten

Eine Einwohnermeldeamtsstichprobe wurde als Basis dieser Untersuchung genutzt. Zu den gelisteten Personen wurden noch Personen hinzugefügt, die an dem Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) teilgenommen hatten. Es wurde insgesamt 8152 Personen persönlich gefragt. (Gößwald, Lange et al. 2012. S. 775).

Die Studie konnte aufzeigen, ca. ein Viertel der 18- bis 79-jährigen Menschen ihren eigenen Gesundheitszustand wie folgt bewerteten:

- mittelmäßig
- schlecht
- sehr schlecht

Hierbei bewerten Frauen mit 27,1% ihre Gesundheit häufiger innerhalb der oben genannten Kategorien als Männer mit 23,4%. (Lampert, Kroll et al. 2013).

In der befragten Bevölkerungsgruppe wurden ungefähr 8,1% der Personen einer depressiven

Symptomatik zugesprochen. Bei Frauen liegt die Prävalenz mit 10,2% deutlich höher als bei Männern mit einem Wert von 6,1%.

Mit einem Anteil von 16%, sind es die Frauen mit einem niedrigen SES, die am meisten von depressiver Symptomatik betroffen sind. Die Frauen aus den jeweils höheren Statusgruppen sind weniger von depressiver Symptomatik betroffen. Die Frauen mit mittleren SES sind zu 9,9% betroffen, die Frauen mit hohen SES sind mit 5,6% betroffen (Abbildung 12).

Ähnlich verhält sich die Verteilung der depressiven Symptomatik bei Männern. Auch bei den Männern ist die Gruppe mit dem niedrigen SES am stärksten betroffen, wobei der Anteil mit 11,1% etwas unter dem Anteil der Frauen mit niedrigem SES liegt. Auch hier sind die Männer mit den höheren SES weniger von einer depressiven Symptomatik betroffen, wobei die Männer mit mittlerem SES mit 5,3% und Männer mit hohem SES mit 4,3% betroffen sind (Abbildung 13). (Göbwald, Lange et al. 2012).

Abb. 12 : Allgemeiner Gesundheitszustand (" mittelmäßig", "schlecht", "sehr schlecht) in den letzten 3 Monaten nach sozioökonomischem Status bei 18 bis 79-jährigen Frauen

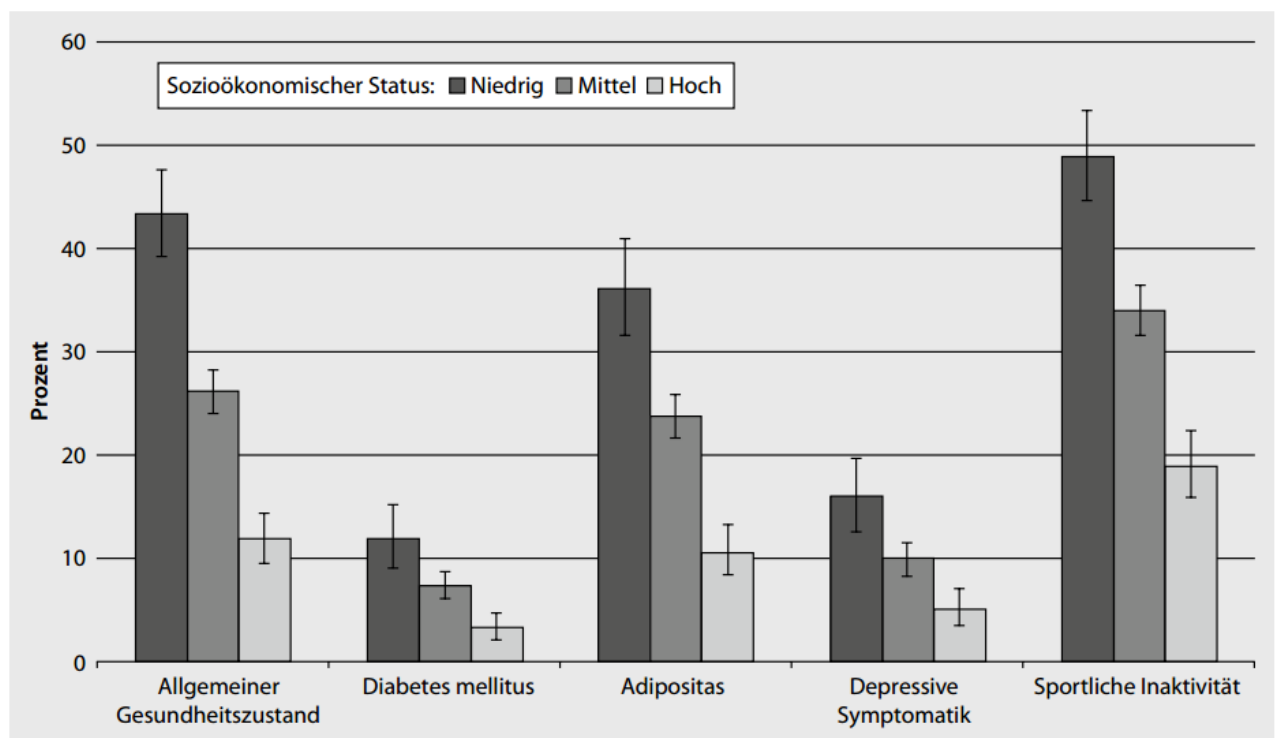
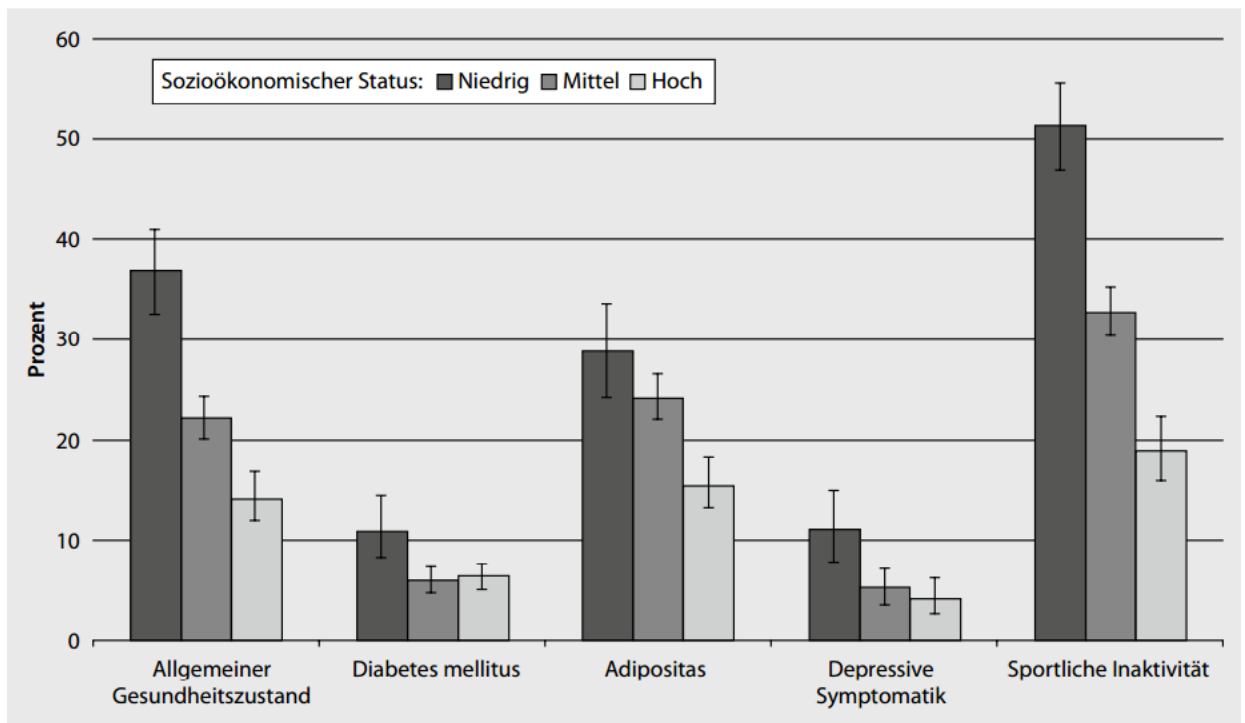


Abb. 13: Allgemeiner Gesundheitszustand (" mittelmäßig", "schlecht", "sehr schlecht) in den letzten 3 Monaten nach sozioökonomischem Status bei 18 bis 79-jährigen Männer



(Lampert et al 2013, Sozioökonomischer Status und Gesundheit Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1))

Die DEGS1 Studie kommt zum eindeutigen Resultat, dass „in der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung Deutschlands ein enger Zusammenhang zwischen dem SES und der Gesundheit besteht“. (Lampert, Kroll et al. 2013. S. 819).

Beim dieser Studie ist ein Unterschied zwischen den Geschlechtern erkennbar. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Frauen aus unteren sozialen Schichten in der 12-Monats-Prävalenz mit 8,1% ungefähr doppelt so häufig an einer Depression leiden als Männer des gleichen sozialen Status mit 3,8%. (GBE, RKI, 2013).

12 Depression und soziale Ungleichheit

Der Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und sozialer Ungleichheit wurde in dieser Arbeit ausführlich und mehrfach dargelegt.

Nach den Ergebnissen einer Vielzahl von Studien geht Arbeitslosigkeit (im Vergleich zu Erwerbstätigkeit) mit einem deutlich erhöhten Risiko psychischer Störung und

Gefühlsbeeinträchtigungen einher, die bei Wiederbeschäftigung zurückgehen.

Aber handelt es sich bei den durch soziale Ungleichheit verursachte psychische Krankheiten um Depressionen oder ausschließlich um andere psychische Krankheiten, wie zum Beispiel Angststörungen oder somatoforme Störungen?

In Längsschnittstudien wurde eindeutig bewiesen, dass es eine Verbindung zwischen schlechten Arbeitsbedingung und Depression sowie Angststörungen gibt. Die schlechten Arbeitsbedingungen sind eher Menschen mit niedrigem SES zuzuordnen. . (Mauz, Jacobi, 2008).

Des Weiteren lässt sich aus der Tabelle 2 erkennen, dass sowohl erwerbslose Männer als auch erwerbslose Frauen, unabhängig vom Alter, im Vergleich zu Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigten, am stärksten von Depressionen betroffen sind. Das Beschäftigungsverhältnis ist ein wesentliches Merkmal sozialer Ungleichheit, somit aussagekräftig für den Zusammenhang zwischen Depression und sozialer Ungleichheit.

Tabelle 2

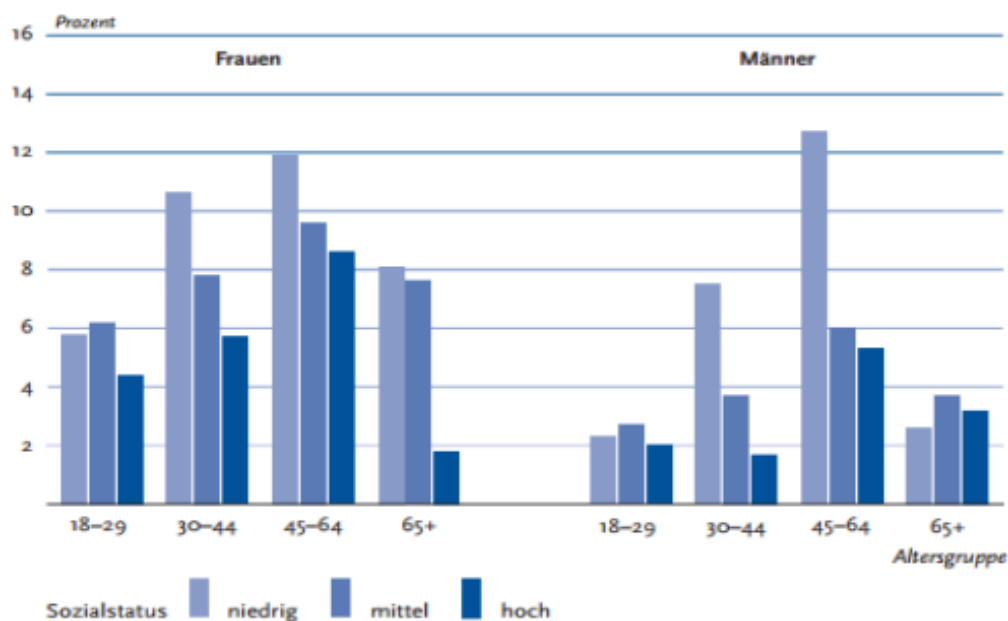
12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Erwerbsstatus
Datenquelle: GEDA 2009. 2010

	Erwerbsstatus		
	Arbeitslos / nicht erwerbstätig	Teilzeit / gelegentlich	Vollzeit
Frauen			
18 bis 29 Jahre	7,1%	5,7%	4,5%
30 bis 44 Jahre	10,1%	7,6%	6,9%
45 bis 64 Jahre	15,8%	8,6%	8,6%
Männer			
18 bis 29 Jahre	3,1%	3,3%	2,4%
30 bis 44 Jahre	15,1%	10,2%	3,0%
45 bis 64 Jahre	15,4%	9,2%	4,6%

(GBE, RKI, 2013)

In der folgenden Abbildung 13 kann man den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Depression noch eindeutiger erkennen. Die Daten zu dieser Studie stammen aus der GEDA-Studie 2009. Die Abbildung zeigt alters-, geschlechts- und statusabhängig die Verteilung von Depression. Am häufigsten sind Personen mit niedrigem Sozialstatus geschlechtsunabhängig von Depression betroffen. (GBE, RKI, 2011).

Abb. 14: Anteil der Frauen und Männern mit diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Sozialstatus
Datenbasis: GEDA 2009



(GBE, RKI, 2011)

13 Diskussion

Die unter den Punkten 11.2.1 bis 11.2.5 beschriebenen Studien werden im Folgenden diskutiert. Die Studien zeigen, dass alle sozialen Faktoren, nämlich Einkommen, Beruf und Bildung einen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben. Darüber hinaus wurde die Erwerbstätigkeit als ein wichtiger Aspekt, der Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, herausgearbeitet. Des Weiteren steht Arbeitslosigkeit im Zusammenhang mit Depression und beeinträchtigt die Gesundheit negativ. Außerdem schätzen Personen in unteren sozialen

Schichten ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Personen aus höheren sozialen Schichten.

Die Studien „DEGS1“ und „Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ haben beide belegt, dass es einen Unterschied zwischen Männer und Frauen in der Depressionsprävalenz gibt. Denn beide Studien konnten aufzeigen, dass Frauen aus unterer sozialer Schicht häufiger an einer Depression leiden als Männer der gleichen unteren sozialen Schicht.

Im Gegenteil zu den beiden oben genannten Studien haben Daten der Studien „GEDA“ und „Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich“ ein anderes Ergebnis belegt. Die Daten haben einen deutlichen sozialen Gradienten bei der befragten Gruppe der Männer aufgezeigt. Das bedeutet, dass arbeitslose Männer im Erwerbsalter mit einem niedrigen Sozialstatus stärker mit Depression assoziiert sind als arbeitslose Frauen im Erwerbsalter.

Somit widersprechen sich die Ergebnisse der ersten zwei genannten Studien im Vergleich zu den zweiten zwei genannten Studien. Denn bei den erstgenannten Studien sind Frauen aus niedrigen sozialen Schichten stärker von Depressionen betroffen als Männer, bei den zweitgenannten Studien verhält es sich genau anders herum. Die widersprüchlichen Ergebnisse zwischen den DEGS1 und GEDA Studien sind lediglich auf den ersten Blick widersprüchlich, denn die Voraussetzungen der Studien sind nicht identisch. Die Unterschiede sind unter anderem zurückzuführen auf die jeweilige zu klärende Fragestellung und der Durchführung der jeweiligen Studie. Im Folgenden werden die Ursachen dieser widersprüchlichen Ergebnisse näher betrachten und erörtert.

Dazu sollte der methodische Unterschied zwischen DEGS1 und GEDA Studien berücksichtigt werden, welche zu den unterschiedlichen Ergebnissen führt. Beispielsweise gibt es Unterschiede in der Frageformulierung. Bei der GEDA beispielsweise wurden die Befragten nach Depression oder depressive Verstimmung gefragt. Die Antworten wurden jedoch in einer Kategorie zusammengefasst. Bei der DEGS1 wurde lediglich nach Depression gefragt. Das führt dazu, dass Menschen mit depressiver Verstimmung nicht in der gleichen Kategorie berücksichtigt wurden.

Darüber hinaus wurden unterschiedliche Befragungsmethoden angewendet. Die Befragung

bei der GEDA wurde als Telefoninterview durchgeführt, wobei die Befragung bei der DEGS1 als persönliches Interview durchgeführt wurde. Bei einem persönlichem Interview ist man typischerweise auskunftsfreudiger, da man sich grundsätzlich besser auf den Gesprächspartner einlassen kann und somit sich eher die Zeit nimmt die Fragen ausführlich und korrekt zu beantworten.

Ein weiterer Unterschied ist die Erhebungsmethode. Während GEDA Studie als Querschnittstudie angelegt ist, ist die DEGS1 Studie als kombinierte Quer und Längsschnittstudie konzipiert. Daraus resultiert, dass bei der GEDA Studie beispielweise die Ergebnisse nicht eindeutig als kausale Folge definiert werden können. Das bedeutet, dass nicht eindeutig geklärt ist ob die Depression zur Erwerbslosigkeit geführt hat (Selektionshypothese) oder die Erwerbslosigkeit zur Depression (Kausalitätshypothese).

14 Fazit

Diese Arbeit hat herausgefunden, dass soziale Ungleichheit einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit besonders auf die Depression darstellt.

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung der vorliegenden Arbeit kann man zusammenfassend feststellen, dass alle Studien belegen, dass die Menschen aus unteren sozialen Schichten, trotz Unterschieden zwischen dem Geschlecht und dem Alter, öfter von Depressionen oder psychischen Erkrankungen betroffen sind als Menschen aus höheren sozialen Schichten. Folglich führt die soziale Ungleichheit bei Personen mit niedrigen SES zu einem höheren Anteil an depressiv Erkrankten als bei Menschen mit einem höheren SES.

Generell kann man zusammenfassen, dass Gesundheit – und somit auch depressive Erkrankungen – nicht nur durch die eigene Lebensweise und Veranlagung beeinflusst werden, sondern auch durch den SES.

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung kann man festhalten, dass die Untersuchungen gezeigt haben, dass Depressionen durch das Fehlen oder einen Mangel der Faktoren Einkommen, Bildung und Berufsstatus entstehen, denn für die Betroffenen (in erster Linie armen Menschen) stehen dann kaum Ressourcen zur Verfügung, um die Belastungen der sozialen Ungleichheit verarbeiten zu können. Alle Faktoren wirken zusammen und man kann auf Basis der vorliegenden Studien nicht sagen welche der Faktoren mehr oder stärkeren

Einfluss auf die Entstehung von Depression haben.

Nun stellt sich die Frage, ob die Situation, welche sich tendenziell in den nächsten Jahren verstärken wird, unveränderbar ist und wir diesen Zustand in unserer Gesellschaft hinnehmen müssen. Meiner Meinung nach muss es das Ziel der Gesellschaft sein, diese Missstände aufzuheben oder zumindest zu reduzieren. Denn die diskutierten Punkte, Gesundheit und Faktoren des SES, betreffen letztendlich die Lebensqualität. Das Ziel unserer Gesellschaft und jedes einzelnen sollte sein, die Lebensqualität für alle zu steigern. Sicherlich gibt es bei der Früherkennen und Prävention von Depressionen noch Verbesserungspotential. Und selbstverständlich ist es nachvollziehbar, dass alleine eine Verbesserung der Einflussfaktoren aller Determinanten auf den SES hochkomplex ist und es keine einfache und kostengünstige Lösung gibt. Ich denke, dass die bereits definierten Menschenrechte der UN-Menschenrechtscharta, wie beispielsweise Recht auf Arbeit (Artikel 23 und 24), Recht auf Bildung (Artikel 26) und Recht auf angemessenen Lebensstandard (Artikel 25) nicht nur nicht ausreichend umgesetzt werden, sondern nicht ausreichend sind.

Während meiner Auseinandersetzung mit dieser Thematik bin ich zur Überzeugung gelangt, dass die Ursache der Missstände im Kapitalismus und der ungerechten Verteilung von Einkommen und Vermögen zu suchen ist. Der Einzelne kann deshalb nicht seine gesundheitliche Situation in jedem Fall selbst verbessern, vielmehr sind seine Möglichkeiten zur Verbesserung auch durch die ihm verfügbaren gesellschaftlichen Ressourcen bestimmt. Das bedeutet, dass die Gesellschaft umdenken und sich neu ausrichten muss:

- die Menschen müssen viel stärker im Mittelpunkt unserer aller Anstrengungen sein, nicht das Geld oder das Eigentum/Vermögen
- die Neuausrichtung kann nur durch eine kollektive Anstrengung gelingen, die Menschen müssen sich darauf einstellen ihr Verhalten zu ändern
- eine Verbesserung der Situation geht erstmal nur mit Verzicht (z. B. von Einkommen oder Freizeit) einher

Als nächstes müssen die Mängel bei den Determinanten der SES behoben werden. Es muss allen Menschen ein besserer und gerechterer Zugang zu Bildung ermöglicht werden. Denn Bildung führt zur Verringerung von sozialer Ungleichheit. Und Bildung ermöglicht den sozioökonomischen Status zu ändern, mehr Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen zu erhalten, gesünder zu leben und somit weniger dem Risiko ausgesetzt zu sein, an psychischen

Leiden zu erkranken. Allerdings muss der bessere Zugang zu Bildung und Berufschancen auch von den Menschen mit niedrigen SES angenommen werden. Dies bedeutet auch eine Anstrengung und auch Verzicht (zum Beispiel auch Freizeit) für die Menschen aus niedrigen SES. Eine bessere (fairere) Verteilung von Einkommen und Vermögen bedeutet andererseits auch Verzicht, speziell für die Menschen aus den höheren SES (z.B. durch höhere Steuern für Besserverdienende). Deshalb steht auch am Anfang der Entwicklung das notwendige erwähnte Umdenken innerhalb der Gesellschaft.

Die Geschlechtergerechtigkeit muss stärker forciert werden, Frauen müssen zum Beispiel für die gleichen Berufe genau so viel verdienen wie Männer.

Weiterhin soll den Menschen, die ihre Lebenssituation nicht aus eigener Kraft verbessern können, stärkere Zuwendung zuteilwerden. Das heißt, dass unter anderem sozialen Leistungen durch den Staat ausgebaut werden sollten.

Selbstverständlich können die von mir angedachten Maßnahmen die gesundheitliche Ungleichheit (und somit den erhöhten Anteil von Depression bei Menschen aus niedriger SES) nicht komplett beseitigen, ich denke aber, dass die Maßnahmen dazu beitragen können die gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern.

Aber ist denn jetzt der richtige Zeitpunkt diese Veränderungen einzuführen? Ich denke: wenn nicht jetzt anfangen, wann dann? Ich habe in dieser Arbeit dargestellt, dass das Problem der Depression, die auf die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht zurück zu führen ist, mit der Zeit zunehmen wird. Ich erinnere auch an meine oben beschriebene Zeit in einem Asylheim in Norwegen und der damit verbundenen niedrigen SES mit allen gesundheitlichen Konsequenzen. Hierauf bezogen möchte ich auf die hochbrisante, aktuelle und noch nicht durch die Politik und Bevölkerung beherrschte Einwanderung von Flüchtlingen hinweisen. Wir haben derzeit eine signifikant erhöhte Zahl von Einwanderern und Kriegsflüchtlingen, die sich in Deutschland niederlassen möchten. Wo werden all diese Menschen unterkommen? Wieviel Zeit wird vergehen bis die Menschen unsere Sprache sprechen werden können und arbeiten werden können? Wie lange wird es dauern bis die Kinder hiesige Schulen besuchen werden können? Welche gesundheitlichen, auch psychischen Vorbelastungen bringen diese Menschen mit? Wer sich mit der Beantwortung der Fragen beschäftigt, für den ist es absehbar, dass die Lösung der sozialen Ungleichheit noch schneller und noch intensiver angegangen werden muss.

Literaturverzeichnis

Babitsch, B., Lampert, T., Müters, S., Morfeld, M. (2009). Ungleiche Gesundheitschancen bei Erwachsenen: Zusammenhänge und mögliche Erklärungsansätze. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH

Bauer, U., Bittelingmeyer, U., Richter, M. (2008). Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV Fachverlage GmbH

Brakemeier, E., Schramm, E., Hautzinger, M. (2012). Chronische Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Brennecke, R. (1998). Einkommen und Gesundheit - Längsschnittdatenanalysen mit dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP). URL:

http://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/81788/Krupp_12_Brennecke.pdf.

Stand: 01.08.2015

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2014). Die soziale Situation in Deutschland.

URL: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61785/armutsgefaehrdung>. Stand: 06.08.2015

Bundeszentrale für politische Bildung. (2013). Datenreport 2013

Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. URL:

<http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2013/gesundheit-und-soziale-sicherung/173674/gesundheitliche-ungleichheit>. Stand: 05.07.2015

Bundespsychotherapeutenkammer. (2015). Psychische Krankheiten. URL:

<http://www.bptk.de/patienten/psychische-krankheiten.html>. Stand: 08.07.2015

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2013). Lebenslagen in Deutschland
Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.
URL:https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile. Stand: 01.08.2015

Bundeszentrale für politische Bildung. (2012). Soziale Ungleichheit - Eine Gesellschaft rückt
auseinander. URL: <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138379/soziale-ungleichheit>. Stand: 27.07.2015

Curado. (2007). Einkommen und Bildung schlagen auf Gesundheit und Lebenserwartung.
Soziologen präsentieren in Leipzig Ergebnisse ihrer Untersuchungen. Viele gesunde Alte.
URL: <http://www.curado.de/krebs-allgemein/Einkommen-und-Bildung-schlagen-auf-Gesundheit-und-Lebenserwartung-2786/>. Stand: 08.07.2015

Des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).(2010). Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit -
Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative
Gesundheitsförderung. URL:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HULeeeKtNQMJ:www.dgb.de/themen/%2B%2Bco%2B%2B625f4954-a925-11df-6fd9-00188b4dc422+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=de>. Stand: 07.08.2015

Europäische Kommission (2005). Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern-
Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der
Europäischen Union.
Http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf.
Stand : 15.07.2015

GBE Kompakt. (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. RKI. URL:
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_7_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile. Stand: 04.08.2015

GBE Kompakt. (2015). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. RKI.

URL:

[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDo
wnloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDo
wnloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile). Stand: 04.08.2015

GBE Kompakt. (2013). Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und

Männern. RKI. URL: <https://www.gbe->

[bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_spr
ache=D&p_suchstring=15968::Depression,%20depressiv](https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_spr
ache=D&p_suchstring=15968::Depression,%20depressiv). Stand: 18.07.2015

GEDA. (2015). Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDDA). RKI. URL: [http://www.geda-
studie.de/deutsch/gesundheitsstudie.html](http://www.geda-
studie.de/deutsch/gesundheitsstudie.html). Stand: 13.08.2015

Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. URL:

[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/BGBI_2012_55_775-
780.pdf?__blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/BGBI_2012_55_775-
780.pdf?__blob=publicationFile). Stand: 14.08.2015

Geyer, S. (2009). Soziale Faktoren und Krankheit: Gesundheitliche Ungleichheit,

Ungleichheiten in der Versorgung und die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit. URL:

<http://www.mh>

[hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/BerichtAOKNovember2009.pdf).

Stand: 15.08.2015

Gößwald, A., Lange, M., Kamtsiuris, P., Kurth, B. (2012). DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland Bundesweite Quer- und Längsschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsblatt.

Hapke, U., Maske, U., Busch, M., Schlack, R., Scheidt-Nave, Ch. (2012). Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out. Wie belastet sind wir? DEGS. RKI. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_stress_depressionen_burnout.pdf?__blob=publicationFile. Stand: 07.08.2015

Hradil, S. (2001). Soziale Ungleichheit in Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Wissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH

Hradil, S.(2013). Deutsche Verhältnisse: Eine Sozialkunde. Frankfurt am Main: Campus Verlag

Heinzl, L. (2012). Gesundheit und soziale Schicht. Österreichs Gesundheitswesen als Problemfall. Hamburg: Disserta Verlag

Impact, Evidence-based depression care. What is the PHQ-9?. URL: <http://impact-uw.org/tools/phq9.html>. Stand: 25.07.2015

Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störung in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz 2004. 47:736-744. doi: 10.1007/s00103-004-0885-5. Dresden: Springer-Verlag

Jacobi, F., Wittchen, H.-U. (2001). die Versorgungssituation psychischer Störung in Deutschland. Eine Klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz 2001-44:993-1000. München: Springer-Verlag

Jacobi, F., Mauz, S. (2009). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich . URL: <http://www.kup.at/kup/pdf/7976.pdf>. Stand: 20.07.2015

Jacobi, F., Mauz, E. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich Mental Disorders and Social Inequalities in Three Birth Cohorts. URL: <http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/mauz-jacobi-kohorten-2008.pdf>. Stand: 14.06.2015

Joas, H. (2007). Lehrbuch Soziologie, 3. Überarbeitete und erweiterte Auflage.
Frankfurt/Neue York.: Campus Verlag GmbH.

Kroll, L. (2010). Gesundheit und Gesellschaft. In Bauer, U., Richter, M., Bittingmayer, U
(Hrsg). Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Entwicklung sozialer und
gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006. Doi: 10.1007/978-
3-531-92531-8. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Kroll, L., Lampert, T., Lange, C., Ziese, T. (2008) Entwicklung und Einflussgrößen der
gesunden Lebenserwartung. URL: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-306.pdf>.
Stand: 15.07.2015

Köllner, V., Schauenburg, H. (2013) Psychotherapie im Dialog - Depression.
Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische
Therapien. Verlag Thieme

Kawallek, A. Psychisch krank durch soziale Ungleichheit. Heilpraktiker für den
Bereich Psychotherapie. URL:
[http://www.heilkundigepsychotherapie.de/Psychotherapie-Blogs/psychisch-krank-durch-
soziale-ungleichheit.html](http://www.heilkundigepsychotherapie.de/Psychotherapie-Blogs/psychisch-krank-durch-soziale-ungleichheit.html). Stand: 08.06.2015

Kohler, M., Ziese, T. (2004). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und
ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. RKI. URL:
[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDo
wnloadsB/gstel03.pdf;jsessionid=DA72AFF832D23B60387BEA3E131426B0.2_cid363?__bl
ob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gstel03.pdf;jsessionid=DA72AFF832D23B60387BEA3E131426B0.2_cid363?__blob=publicationFile). Stand: 20.05.2015

Kooperationsverband gesundheitliche Chancengleichheit. Soziale Lage und Gesundheit:
Fakten und Daten. URL: [http://www.gesundheitliche-
chancengleichheit.de/kooperationsverbund/hintergruende-daten-materialien/soziale-lage-und-
gesundheit-daten-fakten/?uid=1a27ed3ea1dcc3d33ec924f57df13745](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/hintergruende-daten-materialien/soziale-lage-und-gesundheit-daten-fakten/?uid=1a27ed3ea1dcc3d33ec924f57df13745). Stand: 30.07.2015

Lampert, T., Milck, A., (2008), Gesundheit und soziale Ungleichheit Eine Herausforderung für Forschung und Politik. URL:

http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0408.pdf.

Stand: 10.07.2015

Lampert, T., Kroll, L., Hapke, U., Jacobi, F. (2014). Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit. URL: [http://www.psychologie.tu-](http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/lampert_sozök_2014.pdf)

[dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/lampert_sozök_2014.pdf](http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/lampert_sozök_2014.pdf).

Stand: 10.07.2015

Lampert, T., Kroll, L., Müters, S., Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1).

Bundesgesundheitsblatt 2013-56:631-636. doi: 10.1007/s00103-012-1663-4. Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, RKI, Berlin: Springer Verlag

Lampert, T., Kroll, L., Müters, S., Stolzenberg, H. (2012). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt

2013-56:131-143. doi: 10.1007/s00103-012-1583-3. FG27 Gesundheitsberichterstattung, RKI, Berlin: Springer Verlag

Lampert, T. (2005). Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Berliner Zentrum Public Health. URL:

http://bsph.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/bsph/Blaue_Reihe/2005-04_ger.pdf. Stand: 18.07.2015

Lampert, T., Ziese, T., (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des

Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. RKI. URL:

http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/31604/ssoar-2005-lampert_et_al-Armut_soziale_Ungleichheit_und_Gesundheit.pdf?sequence=1. Stand: 29.06.2015

Lampert, T., Kroll, L., Dunkelberg, A., (2007). Gesundheit und soziale Ungleichheit. Bpb.

URL: <http://www.bpb.de/apuz/30173/gesundheit-und-soziale-ungleichheit> Stand: 01.08.2015

Lampert, T., Kroll, L., Kuntz, B., Ziese, T. (2013). Bildung als Ressource für Gesundheit. Bpb. URL: <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2013/gesundheit-und-soziale-sicherung/173682/bildung-als-ressource-fuer-gesundheit>. Stand: 05.07.2015

Lampert, T., Kroll, L., Kuntz, B., Ziese, T. (2013). Einkommen und Gesundheit. Bpb. URL: <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2013/gesundheit-und-soziale-sicherung/173677/einkommen-und-gesundheit>. **Stand: 05.07.2015**

Lampert, T., Kroll, L., Knutz, B., Ziese, T. (2013). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Bpb. URL: <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2013/gesundheit-und-soziale-sicherung/173692/arbeitslosigkeit-und-gesundheit>. Stand: 24.05.2015

Lampert, T., Kroll, L. (2005). Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. Diw Berlin. URL: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.43835.de/dp527.pdf. Stand: 20.05.2015

Mielck, A., Helmert, U. (1993). Krankheit und Soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland. Springer-Verlag.

Mielck, N., Neuherberg. (2003). Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. URL: http://www.z-sozialreform.de/ccm/cms-service/stream/asset/49_03_06%20Mielck.pdf?asset_id=869044. Stand: 12.05.2015

Mielck, A. Bloomfield, K. (2001). Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Müller, U., Gutenbrunner, M. (2001). Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. URL: http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Materialien/102c.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Stand: 01.08.2015

Oxfam. (2015). Die Bekämpfung sozialer Ungleichheit. URL:

<http://www.oxfam.de/informieren/soziale-ungleichheit>. Stand: 12.08.2015

Peter, T. (2012). Die Schere zwischen arm und gesund: Soziale Ursachen von Gesundheit und Krankheit in Deutschland. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH

Public Health Forum 22 Heft 82 (2014) <http://journals.elsevier.de/pubhef> . Stand: 13.07.2015

Richter, M., Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Richter, M., Hurrelmann, K., (2007). Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. URL:

<http://www.bpb.de/apuz/30173/gesundheit-und-soziale-ungleichheit1>. Stand: 26.07.2015

Richter, M., Hurrelmann, K., (2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Wissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH

Rüegger, C. Bastine, R.H.(1998). Klinische Psychologie. Stuttgart, Berlin, Köln : Kohlhammer.

Rose, U., Jacobi, F. (2006). Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98. URL: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/rose-arblos-asu-2006.pdf>. Stand: 20.07.2015

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2005). Sozioökonomischer Status und Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=88>. Stand: 30.07.2015

Spießl, H., Jacobi, F. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Do Mental Disorders Really Increase? URL: <http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/spiessl-jacobi-debatte-2008.pdf>. Stand: 28.05.2015

Steinkamp, G. (1993). Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. Volume 38, Issue 3, pp 111-122. doi: 10.1007/BF01324344

Watzke, B., Büscher, C., Koch, U., Schulz, H. In Silke Pawils, Uwe Koch (Hrg). (2006). Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag

Weilekes, H. (2007). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Psychische Störungen. München: GRIN Verlag GmbH

Wippert, P., Beckmann, J. (2009). Stress- und Schmerzursachen verstehen: Gesundheitspsychologie und -soziologie in Prävention und Rehabilitation. Stuttgart: Thieme Verlag KG

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 26.08.2015

Azar Ahmadzadeh