

## Gesundheitliche Ungleichheit / Health Inequalities

Zens, Maria

Veröffentlichungsversion / Published Version

Bibliographie / bibliography

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Zens, M. (2011). *Gesundheitliche Ungleichheit / Health Inequalities*. (Recherche Spezial, 3/2011). Köln: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-371759>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

## Gesundheitliche Ungleichheit / Health Inequalities

*Maria Zens*



# **Gesundheitliche Ungleichheit / Health Inequalities**

Maria Zens

ISSN: 1866-5810 (Print)  
1866-5829 (Online)  
Herausgeber: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften  
Abteilung Fachinformation für Sozialwissenschaften (FIS)  
bearbeitet von: Maria Zens  
Programmierung: Siegfried Schomisch  
Druck u. Vertrieb: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften  
Unter Sachsenhausen 6-8, 50667 Köln, Tel.: +49(0)221-47694-0  
Printed in Germany

Die Mittel für diese Veröffentlichung wurden im Rahmen der institutionellen Förderung von GESIS durch den Bund und die Länder gemeinsam bereitgestellt.

© 2011 GESIS. Alle Rechte vorbehalten. Insbesondere ist die Überführung in maschinenlesbare Form sowie das Speichern in Informationssystemen, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Einwilligung des Herausgebers gestattet.

# **Inhalt**

<b>Vorwort</b> .....	7
----------------------	---

## **Sachgebiete**

1	Theoretische Grundlagen und Überblicksarbeiten.....	9
2	Surveys und Datenauswertungen.....	32
3	Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung.....	53
4	Gesundheitliche Ungleichheiten im Lebenslauf.....	69
5	Gesundheitsverhalten, Prävention.....	94
6	Gesundheitspolitik.....	113
7	Gesundheitliche Ungleichheit in internationaler Perspektive.....	129

## **Register**

Personenregister.....	145
Sachregister.....	151
Institutionenregister.....	163

## **Anhang**

Dienstleistungsangebot der GESIS-Abteilung „Fachinformation für Sozialwissenschaften“.....	167
--	-----



---

## Vorwort

Die Wechselbeziehungen zwischen Gesundheit und Gesellschaft bestimmen seit jeher die „klassischen“ Felder der Medizinsoziologie und sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung. Die Ungleichheitsforschung wiederum spielt als Querschnittsthema in der gesamten Bandbreite der Sozialwissenschaften seit geraumer Zeit eine große Rolle, und so verwundert es nicht, dass auch zahlreiche Arbeiten im Feld der Gesundheit sich mit Ungleichheiten und Ungleichgewichten beschäftigen.<sup>1</sup> Dabei scheint zwar unbestritten, dass soziale Lebensbedingungen die Erkrankungswahrscheinlichkeit und Mortalität beeinflussen<sup>2</sup>, die Frage, *wie* dies genau geschieht und über welche Mechanismen soziale in gesundheitliche Ungleichheit transformiert wird, ist Gegenstand der Diskussion und prägt verschiedene Erklärungsansätze.<sup>3</sup>

Für die Sozialwissenschaften interessant ist zunächst, wie der Gesundheitsstatus überhaupt erhoben wird – mit Kennzahlen zu Morbidität, Mortalität und „healthy life years“ – und wie er zu sozialen, nicht-physiologischen Ursachen wie Einkommen, Bildung, Beruf in Beziehung gesetzt werden kann.<sup>4</sup> Am Anfang steht der statistische Befund, dass auch in Staaten mit guter medizinischer Versorgung und insgesamt gutem Gesundheitszustand der Bevölkerung ausgeprägte sozial strukturierte Ungleichheiten bestehen, wie sie sich eindrucksvoll in der stark unterschiedlichen Lebenserwartung von Angehörigen der oberen und unteren Einkommensschichten manifestieren: je höher das Einkommen, desto größer die Chance auf ein langes Leben.<sup>5</sup> Auf welche Weise sich neben biologischen auch materielle, soziale und psychische Bedingungs- und Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit auswirken, bedarf der weiteren Erklärung. Die Ansätze hierzu zeigen ein ganzes Geflecht von Einflussfaktoren zwischen Lebensstil und sozialer Lage. Je nach Erklärungsmodell werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, z. B. auf die ökonomischen Ressourcen, die dem einzelnen zur Verfügung stehen, soziokulturelle Faktoren oder auch das Bewältigungsverhalten angesichts von Belastungen im Alltag oder krisenhaften Ereignissen.

Die vorliegende Ausgabe von „Recherche Spezial“ versammelt aktuelle Literatur- und Forschungsnachweise zum Thema in insgesamt sieben Kapiteln. Im ersten Kapitel sind theoretische Grundlegungen und Überblicksarbeiten zusammengestellt. Kapitel zwei bietet Nachweise zu Surveys und Datenauswertungen unter der spezifischen Fragestellung, wie gesundheitliche Ungleichheit erhoben und gemessen werden kann. Unter der dritten Überschrift „Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung“ finden sich sowohl Arbeiten, die sich mit Verteilungsungleichheiten beschäftigen, als auch solche, die Barrieren bei der Inanspruchnahme thematisieren. Die Lebenslaufperspektive (Kapitel 4) nimmt zum einen Ungleichheiten innerhalb verschiedener Altersstufen in den Blick, erweitert aber auch den Bezugsrahmen, insofern frühe Einflüsse und Belastungen als Erklärungsfaktoren für den Gesundheitsstatus im späteren Lebensalter her-

---

1 Stellvertretend und zur Einführung seien genannt: Matthias Richter, Klaus Hurrelmann (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009. Ullrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer, Matthias Richter: (Hrsg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden 2008, S.13-56. Mel Bartley: *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: Polity Press 2004.

2 Richard Wilkinson, Michael Marmot: *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization 2003; Michael Marmot: *Social determinants of health inequalities*. In: *The Lancet* 2005, Vol. 365, pp. 1099-1104; C. Bambra, M. Gibson, A. Sowden, K. Wright, M. Whitehead, M. Petticrew: *Tackling the wider social determinants of health and health inequalities. Evidence from systematic reviews*. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010, vol. 64, pp. 284-291.

3 Siehe hierzu die umfassende Einführung der Herausgeber Ullrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer, Matthias Richter: *Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive*. In: Dies. (Hrsg.) 2008, S. 13-56.

4 Zum Indikator Mortalität siehe beispielsweise Lars Eric Kroll, Thomas Lampert: *Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. Datenquellen in Deutschland und Analysemöglichkeiten des SOEP*. In: *Methoden – Daten – Analysen. Zeitschrift für Empirische Sozialforschung* 2009, 3. Jg., H.1, S. 3-30.

5 Vgl. stellvertretend für viele ebd., S.26.



angezogen werden können.<sup>6</sup> Die verschiedenen Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit wirken sich auf die Gestaltung und Zielrichtung von Handlungsempfehlungen für Gesundheitspolitik und Public Health-Maßnahmen aus. So macht es einen Unterschied, ob der wünschenswerte Zustand „Gesundheit“ eher als hinzunehmende Disposition, als individuell steuerbares Ergebnis „richtigen“ Verhaltens oder Resultat einer Sozillage gesehen wird. Vorschläge zur Prävention (Kapitel fünf) und auch der politisch-normative Aspekt, unter dem gesundheitliche Chancengleichheit im Sozialstaat eine Gerechtigkeitsfrage ist und „Health gaps“ möglichst zu schließen sind, hängen hiervon ab. Das Kapitel sechs zur Gesundheitspolitik beschäftigt sich zum einen mit solchen Ansätzen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit, darüber hinaus werden auch die Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsstatus der jeweiligen Bevölkerung und unterschiedlichen Gesundheitssystemen und wohlfahrtsstaatlichen Regimen betrachtet.<sup>7</sup> Im siebten Kapitel schließlich sind Arbeiten aufgeführt, die gesundheitliche Ungleichheit in internationaler oder international vergleichender Perspektive behandeln.

\*\*\*

Quellen der nachfolgenden Informationen sind die GESIS-Datenbanken SOLIS und SOFIS und die sechs englischsprachigen sozialwissenschaftlichen Datenbanken des Herstellers Cambridge Scientific Abstracts (CSA), die über die Nationallizenzen in [www.gesis.org/sowiport](http://www.gesis.org/sowiport) eingebunden sind. Die Datenbank SOLIS stützt sich vorwiegend auf deutschsprachige Veröffentlichungen, d.h. Zeitschriftenaufsätze, Monographien, Beiträge in Sammelwerken in den zentralen sozialwissenschaftlichen Disziplinen. Wesentliche Quelle zur Informationsgewinnung für SOFIS sind Erhebungen in den deutschsprachigen Ländern bei Institutionen, die sozialwissenschaftliche Forschung betreiben.

Die CSA-Datenbanken bieten Nachweise zu Forschungsergebnissen mit Schwerpunkt auf Soziologie und Politikwissenschaft einschließlich benachbarter Gebiete aus den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften; sie beziehen sich überwiegend auf internationale Zeitschriften, aber auch auf Bücher, Buchkapitel sowie z. T. auf Rezensionen.

Die Nachweise sind alphabetisch nach Autoren sortiert. Nachweise aus der Literaturlatenbank SOLIS sind durch ein "-L" nach der laufenden Nummer gekennzeichnet, Nachweise aus der Forschungsprojektdatenbank SOFIS mit einem "-F". Nachweise aus den CSA-Datenbanken sind durch "-CSA" kenntlich gemacht. Die Nachweise und Abstracts aus den CSA Datenbanken Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA), Physical Education Index (PEI), Worldwide Political Science Abstracts (WPSA), Sociological Abstracts (SA), PAIS International und Social Services Abstracts (SSA) werden mit der Erlaubnis von ProQuest LLC zur Verfügung gestellt. Weiterverbreitung und Nachdruck der Nachweise ist ohne Lizenz nicht erlaubt.

### Hinweise zu den Registern

Alle Zahlenangaben in den Registern beziehen sich auf die **laufenden Nummern** der Eintragungen. Die Einträge des **Sachregisters** werden auf Basis der Erschließung in den Datenbanken erstellt, das heißt sie beruhen auf kontrolliertem Vokabular. Für SOLIS und SOFIS ist das der von GESIS erstellte und gepflegte Thesaurus Sozialwissenschaften (TheSoz). Im **Personenregister** sind bei Literaturnachweisen alle aktiv an einer Publikation beteiligten Personen aufgeführt, bei Forschungsnachweisen alle als Leiter, Betreuer oder Mitarbeiter eines Projekts angegebenen Personen. Das **Institutionenregister** bezieht sich auf die Forschungsprojekte aus der Datenbank SOFIS, im Register sind die forschenden Institutionen aufgeführt.

6 Vgl. Nico Dragano, Johannes Siegrist: Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter / Hurrelmann (Hrsg.) 2009, S.181-194.

7 Vgl. hierzu aktuell Clare Bamba: Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on an public health 'puzzle'. In: Journal of Epidemiology and Community Health 2011, vol. 65, pp. 740-745.

## 1 Theoretische Grundlagen und Überblicksarbeiten

[1-L] Annandale, Ellen:

**Egalitärer Feminismus und der Gesundheitsstatus von Frauen: Eine kritische Reflexion**, in: Gerlinde Mauerer (Hrsg.): Frauengesundheit in Theorie und Praxis : feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften, Bielefeld: transcript Verl., 2010, S. 27-51, ISBN: 978-3-8376-1461-9

**INHALT:** Die Unterscheidung zwischen Sex (biologisches Geschlecht) und Gender (soziales Geschlecht) war ein machtvoller Gegenentwurf und eine wahre Fundgrube für die Frauengesundheitsforschung. Dieses Konzept wird von "egalitären Feministinnen" herangezogen, die biologische Unterschiede abschwächen, indem sie soziale Ähnlichkeiten zwischen Männern und Frauen betonen und den Weg zur Befreiung von Frauen im gleichen Zugang zu jenen positiv bewerteten gesellschaftlichen Stellungen sehen, die traditionell Männern vorbehalten waren. Im Gegensatz dazu versuchte der "Differenzfeminismus" den Unterschied zwischen Frauen und Männern zu betonen, er verortete die Unterdrückung von Frauen ganz wesentlich in der Reproduktionsfähigkeit ihres Körpers und sah den Weg zur Befreiung in der weiblichen Differenz. Der vorliegende Aufsatz bietet eine kritische Einschätzung der von Gleichheitsfeministinnen beeinflussten Forschung zum Gesundheitsstatus von Frauen. Am Beginn steht ein kurzer Abriss zum gleichheitsfeministischen Ansatz einer Analyse der Stellung von Frauen in der Gesellschaft. Im Anschluss daran wird der Einfluss des egalitären Feminismus auf die frühe wissenschaftliche Forschung zum Verhältnis von Geschlecht und Krankheit bzw. Sterblichkeit ausgelotet. Der letzte Teil des Artikels widmet sich einer kritischen Reflexion dieses Vermächnisses mit einem Fokus auf zwei eng miteinander verwandte Probleme, nämlich (1) der Trennung des biologischen und des sozialen Geschlechts und (2) der reduktionistischen Annäherung an die sozialen Dimensionen der Kategorie Geschlecht in der Frauengesundheitsforschung. (ICI2)

[2-L] Bartley, Mel; Blane, David; Hien, Wolfgang; Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra; Netuveli, Gopalakrishnan; Sahrai, Diana; Stone, Juliet; Vester, Michael:

**Health Inequalities**, (Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Bd. 45), Hamburg: Argument-Verl. 2009, 159 S., ISBN: 978-3-88619-824-5

**INHALT:** "Die Diskussion über gesundheitliche Ungleichheit ist in Deutschland erst sehr zögerlich in Gang gekommen. Dabei lässt sich auch hierzulande ein klarer Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand feststellen. Die gegenwärtige Diskussion zu gesundheitlichen Ungleichheiten wird überwiegend aus sozial-epidemiologischer Perspektive geführt, während eine stärker theoretisch orientierte Analyse entlang der verschiedenen sozialstrukturellen Dimensionen von Klasse/Schicht/Milieu, Ethnizität/Migration und Geschlecht sowie der Perspektive des Lebenslaufs noch unterbelichtet ist. Die Beiträge dieses Bandes widmen sich in erster Linie dieser theoretischen Herausforderung und den politischen Konsequenzen der gesundheitlichen Ungleichheit." (Autorenreferat). Klaus Hurrelmann, Ullrich Bauer und Uwe H. Bittlingmayer: Health Inequalities: Ein Schicksal moderner Industriegesellschaften? (13-35); Michael Vester: Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit (36-56); Petra Kolip: Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit (57-69); Diana Sahrai: Healthy Migrants oder besondere Risikogruppe? Zur Schwierigkeit des Verhältnisses von Ethnizität, Migration, Sozialstruktur und Gesundheit (70-94); Mel Bartley: Gesundheitliche Ungleichheit und Sozialpolitik (95-113); David Blane, Gopal Netuveli und Juliet Stone: Die Entwicklung der lebenslauforientierten Epidemiologie (114-134); Wolfgang Hien: Arbeiten Männer gesundheitsrisikanter als Frauen? Neuere empirische Daten und Hypothesen (135-159).

[3-L] Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H.; Richter, Matthias (Hrsg.):

**Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit**, (Gesundheit und Gesellschaft), Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2008, 553 S., ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** "Health Inequalities sind ein vielschichtiger und provokanter Gegenstand der aktuellen sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung. Einschlägige Befunde zu sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten liegen bislang vor allem auf beschreibender Ebene vor. Hiernach gilt: Der

Schweregrad und die Häufigkeit von Erkrankungen sowie das Risiko eines frühzeitigen Todes sind durch soziale Faktoren bestimmt. Unklar aber bleibt auch weiterhin, wie diese Beziehung erklärt werden kann. Die Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit stehen darum im Zentrum des vorliegenden Bandes, der in dieser Form erstmals die Beiträge führender Fachvertreter der nationalen und internationalen Forschung zusammenführt. Erklärende Perspektiven und ihre Konsequenzen werden entlang makro-, meso- und mikroanalytischer Zugänge diskutiert. Der Band ist eine Pflichtlektüre für Wissenschaft und Praxis im Bereich Soziologie, Public Health, Epidemiologie, Gesundheitsförderung und Sozialpolitik." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Ullrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer, Matthias Richter: Einführung: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit - Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive (13-58); Richard G. Wilkinson, Kate E. Pickett: Das Problem relativer Deprivation: Warum einige Gesellschaften erfolgreicher sind als andere (59-86); Thomas Elkeles: Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze (87-107); Nico Dragano, Heiko Friedel, Wolfgang Bödeker: Soziale Ungleichheit bei der krankheitsbedingten Frühberentung (108-124); Siegfried Geyer: Empirie und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Die Praxis empirischer Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten und ihre theoretischen Implikationen (125-142); Eero Lahelma, Mikko Laaksonen, Pekka Martikainen, Ossi Rahkonen: Die Mehrdimensionalität der sozioökonomischen Lage - Konsequenzen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit (143-166); Andreas Mielck: Regionale Unterschiede bei Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung: Weiterentwicklung der theoretischen und methodischen Ansätze (167-190); Ellen Kuhlmann, Petra Kolip: Die "gemachten" Unterschiede - Geschlecht als Dimension gesundheitlicher Ungleichheit (191-219); Johannes Siegrist: Soziale Anerkennung und gesundheitliche Ungleichheit (220-235); Wichard Puls: Betriebliche Rahmenbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol. Eine Diskussion der Befunde in soziologischer Perspektive (236-256); Simone Weyers: Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten (257-270); Jacob Spallek, Oliver Razum: Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten (271-290); George Davey Smith: Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit (291-330); Michael Erhart, Nora Wille, Ulrike Ravens-Sieberer: In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik (331-358); Martin Huisman: Gesundheitliche Ungleichheit im hohen Lebensalter (359-381); Thomas Lampert, Ineke Maas, Karl Ulrich Mayer: Sozioökonomische Ungleichheit der Mortalität im hohen Alter (282-402); Rasmus Hoffmann: Soziale Ungleichheit in der Altersmortalität in Dänemark und den USA - Faktoren und ihre Wirkungsweise (403-429); Rainer Unger: Gesundheit im Lebenslauf Zur relativen Bedeutung von Selektionsgegenüber Kausaleffekten am Beispiel des Familienstands (430-454); Hilary Graham: Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen (455-479); Peter-Ernst Schnabel: Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. ungleichheitsverringende Gesundheitsförderung - Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung (480-510); Thomas Altgeld: Gesundheitsfördernde Settingarbeit als Schlüsselstrategie zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten (511-529); Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik und gesundheitliche Ungleichheit - Anmerkungen über Unterlassungen und Fehlentwicklungen gesundheitspolitischen Handelns (530-546).

[4-L] Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H.; Richter, Matthias:

**Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit: die Herausforderung einer erklärenden Perspektive**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S.13-56, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Die Verfasser stellen gesellschaftstheoretische Modelle vor und argumentieren, dass sie künftig enger mit dem Thema Health Inequalities verbunden sein werden. Dies einerseits, weil sozialwissenschaftliche Zeitdiagnose dem Gegenstandsbereich Gesundheit insgesamt und der besonderen Problematik gesundheitlicher Ungleichheit viel stärker als bisher Beachtung wird schenken müssen. In gewisser Weise wird damit die Sondersituation, in der im Verlauf der historischen Evolution von Sozial- und Naturwissenschaften das Thema Gesundheit nahezu ausschließlich der Medizin oder den medizinischen Disziplinen zugeschlagen wurde, rückgängig gemacht. In dem Maße, in dem sozial-

wissenschaftliche Großtheorien wieder auf den Gegenstandsbereich Gesundheit Anwendung finden, findet eine inhaltliche Komplettierung in den Sozialwissenschaften selbst statt. Andererseits aber wirkt diese Bewegung auf die Health Inequalities-Forschung zurück. Die engere Kopplung an eine sozialwissenschaftliche Perspektive bewirkt eine deutliche Perspektivenerweiterung. Hier wird viel von dem zu füllen sein, was in der Forschungsdiskussion als Theoriedefizit bereits wahrgenommen wird. Wenn als künftiges Ziel also Ernst zu nehmen ist, den Komplexitätsgrad einer erklärenden Perspektive gesundheitlicher Ungleichheit zu steigern, dann bedeutet dies auch den Rekurs auf die allgemeinen Produktions- und Reproduktionsbedingungen sozialer Ungleichheit. Dass jüngere Ansätze der Sozialstruktur- und Ungleichheitsforschung in der Lage sind, diese Lücke zu füllen, kann heute durchaus begründet angenommen werden. (ICF2)

[5-CSA] Baumann, Michele; Aiach, Pierre:

**An assessment of the geographical approach to health inequality**, in: *Critical Public Health*, vol. 21, no. 1, pp. 63-69, 2011, ISSN: 0958-1596

**INHALT:** New interest is being shown in the geographical approach to health inequality at both the research and the service provider level. The scientific and methodological basis of this approach does not take into consideration the social structure and the history of the locations/communities under investigation. The analysis of geographical differences must be verified and consideration given to possible variations in internal health inequalities between entities compared. Our approach to health inequalities is based on the theory that social health inequalities are essentially the final product of living conditions and lifestyle taking account of individual and collective history. Adapted from the source document.

[6-L] Behrens, Johann:

**Biologie in soziologischen Analysen sozialer Ungleichheit: 'natürliche Unterschiede' und 'soziale Ungleichheit' in Gesundheit und Altern**, in: Hans-Georg Soeffner (Hrsg.) ; Kathy Kursawe (Mitarb.) ; Margrit Elsner (Mitarb.) ; Manja Adlt (Mitarb.): *Unsichere Zeiten : Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen ; Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008*. Bd. 1 u. 2, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2010, 11 S., ISBN: 978-3-531-16817-3

**INHALT:** "Einige zu Fragen sozialer Ungleichheit arbeitende Soziologen vertreten die Ansicht, natürliche oder biologische Unterschiede gehörten nicht zum Gegenstandsbereich der Soziologie sozialer Ungleichheit, weil sich die Soziologie sozialer Ungleichheit nur mit sozialen Mechanismen befasse. Andere widersprechen dieser Auffassung entschieden, weil Biologie meist nur in Interaktion mit Sozialem wirke. Diese Interaktionseffekte seien in zwei Richtungen zu analysieren. Viele biologische Unterschiede seien einerseits Folge sozialen Handelns. Biologische Unterschiede, z.B. genetische, würden andererseits von den Erzeugungsprozessen sozialer Ungleichheit aufgenommen und gingen so in sie ein, wobei auch genetische Unterschiede nur in Interaktion mit sozialen wirkten. Eine Soziologie sozialer Ungleichheit, die biologische Unterschiede den Biologen überließe, könne soziale Ungleichheit nicht aufklären. - Diese Diskussion wird aktualisiert in neueren Entwicklungen der empirischen Sozialforschung, insbesondere in der von den DFG-Sfb 3, 186 und 580 angestoßenen Verlaufsforschung sowohl des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) als auch der Lebenslauf-Epidemiologie. So prüft die Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel derzeit, diese größte deutsche bevölkerungsrepräsentative Verlaufsstudie um ausgewählte Biomarker zu ergänzen - wie dies die bevölkerungsrepräsentativen Panels anderer Staaten auch prüfen oder bereits konkret planen. Die 'flagship'-Erhebung des ESRC (Economic and Social Research Council) im Vereinigten Königreich ist explizit auf die Erhebung einer Vielzahl von Biomarkern angelegt. Daraus ergeben sich zahlreiche Fragen, sowohl technische als auch interpretatorische. Wie valide sind derartige Marker, und wie zuverlässig lassen sie sich im Forschungsalltag der Surveys und Panels erheben? Wie gut lassen sich Interaktionseffekte biologischer und sozialer Ungleichheit rekonstruieren und interpretieren? Welche theoretischen Schlussfolgerungen für die Soziologie ergeben sich aus solchen Untersuchungsergebnissen? Im Unterschied zu Untersuchungen der Lebenslauf-Epidemiologie (Life-Time-Epidemiology), die mit einigen Biomarkern und sehr wenigen sozialen Variablen arbeitet, sind die sozioökonomischen Panels möglicherweise geeignet, den Zusammenhang von biologischer und sozialer Un-

gleichheit differenzierter aufzuklären. Diese und nicht zuletzt auch forschungsethische und forschungspraktische Fragen sollen auf der Sektionssitzung zur Sprache kommen." (Autorenreferat)

[7-L] Behrens, Johann:

**Ökonomisches, soziales und kulturelles "Kapital" und die soziale Ungleichheit in der Pflege**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Andreas Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege : Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 180-211, ISBN: 978-3-531-15621-7

**INHALT:** Die Pflegebedürftigkeit kann dem Autor zufolge als ein exemplarischer Fall für drei Hauptfragen der Soziologie sozialer Ungleichheit angesehen werden: Wie kann soziale Ungleichheit in der Pflege erkannt und gemessen werden? Wie kann die soziale Ungleichheit in der Pflege aus struktur- und handlungstheoretischer Sicht erklärt und gegebenenfalls beeinflusst werden? Inwiefern führen sozialkulturell und genetisch bedingte Unterschiede zu einer "sozialen Ungleichheit"? Diese Fragen, die auch die Gliederung des vorliegenden Beitrages vorgeben, sind nach Meinung des Autors für den Bereich der Pflege noch nicht hinreichend beantwortet worden und verweisen auf den engen Zusammenhang von Pflegeabhängigkeit und sozialer Ungleichheit. Er betrachtet zunächst die Güte und die Entwicklung der Fachpflege anhand der Standardklassifikationen ICD, ICIDH und ICF der Weltgesundheitsorganisation. Er diskutiert anschließend das mesosozialwissenschaftliche Modell sozialer Ungleichheit im Bereich von Gesundheit und Pflegebedürftigkeit und wirft in einem weiteren Abschnitt die provokante Frage auf, ob das Gesundheitssystem oder die Armutsbekämpfung für die gesellschaftliche Bewältigung erhöhter Pflegeabhängigkeit zuständig ist. Er fasst seine Ergebnisse aus handlungs- und strukturtheoretischer Perspektive zusammen und zieht Schlussfolgerungen für die Pflegeprofession. (ICI)

[8-F] Berger, Ursula, Dr.oec.med.; Voigtländer, Sven, M.Sc. (Bearbeitung); Razum, Oliver, Prof.Dr.med. (Leitung):

**Der Einfluss territorialer Ungleichheit auf die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit: Theoriebildung und Methodenentwicklung**

**INHALT:** 1. Abbildung der räumlichen Differenzierungsprozesse bei den Lebensverhältnissen in Deutschland; 2. Bündelung vergleichbarer geografischer Entitäten im Sinne regionalspezifischer sozialer Cluster; 3. Modellierung räumlicher Differenzierungsprozesse bei der gesundheitlichen Situation: a) Identifikation einer geeigneten Analyseebene, b) Abschätzung der regional bedingten gesundheitlichen Ungleichheit, c) Abschätzung des Einflusses spezifischer kleinräumiger Kontextmerkmale auf gesundheitliche Ungleichheit; 4. Entwicklung eines Erklärungsmodells gesundheitlicher Ungleichheit, welches kontextuelle Merkmale bzw. Merkmalskonstellationen integriert. *ZEITRAUM:* 2006 *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Theoretischer Ansatz: Das Grundgerüst bildet dabei das von dem Bielefelder Soziologen Steinkamp formulierte Mehrebenen-Prozessmodell zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Steinkamp 1993; Steinkamp 1999). Nach diesem Modell hat soziale Ungleichheit (Makroebene) keinen direkten Einfluss auf das Individuum und seine Gesundheit (Mikroebene). Vielmehr vermittelt sich der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Individuum über konkrete soziale Lebenskontexte (Mesoebene), wobei die jeweils nächst höhere Ebene strukturgebend für die darunter liegende Ebene ist. Territoriale Ungleichheit (Nachbarschaft, Region) wird nun dergestalt in das Modell eingeführt, als dass sie eine Dimension sozialer Ungleichheit auf der Makroebene darstellt. Diese Ungleichheitsdimension, die zudem mit anderen horizontal verknüpft ist, entfaltet ihre Wirkung dadurch, dass sich aus ihr spezifische Belastungen und Ressourcen ergeben. Diese Belastungen und Ressourcen sind Teil aller durch soziale Ungleichheit bedingten Belastungen und Ressourcen, welche die Mesoebene sozialer Lebenskontexte definieren. Der verwendete theoretische integriert somit eine ungleichheitstheoretische Perspektive (Lebenslage-Ansatz) und stresstheoretische Perspektive (Coping-Konzept). Methodischer Ansatz: Ausgehend von einem Mehrebenen-Prozessmodell zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist es erforderlich, Informationen über soziale Kontexte und individuelle Merkmale zu verknüpfen. Die damit verbundene Mehrebenenstruktur der Daten wird statistisch mittels ge-

mischer Modelle, auch multilevel models genannt, abgebildet (vgl. Leyland & Groenewegen 2003). Solche Modelle ermöglichen die gemeinsame Analyse von Einflussgrößen auf unterschiedlichen Untersuchungsebenen sowie deren möglicher Interaktionen hinsichtlich einer gesundheitlichen Zielgröße auf individueller Ebene. Da gemischte Modelle den Raum in scheinbar unabhängige kleinräumige Einheiten unterteilen und so die Abhängigkeit der Gebietseinheiten untereinander unberücksichtigt bleibt, werden diese um andere Verfahren aus der Räumlichen Statistik ergänzt. Untersuchungsdesign: Querschnitt *DATENGEWINNUNG*: Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: ca. 22.000; Sozio-Ökonomisches Panel, 23. Erhebungswelle). Sekundäranalyse von Aggregatdaten (Stichprobe: 439; Kreise; Herkunft der Daten: Statistik regional, INKAR).

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Leyland, A.H.; Groenewegen, P.P.: Multilevel modelling and public health policy. in: *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 2003, 4, pp. 267-274.+++Steinkamp, G.: Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. Oder: Warum einige Menschen gesünder sind und länger leben als andere. in: Schlicht, W.; Dickhuth, H.H. (eds.): *Gesundheit für Alle. Fiktion oder Realität?* Hofmann Verl. 1999, pp. 101-154.+++Berger, U.; Voigtländer, S.; Razum, O.: Die Eignung von Mehrebenen-Modellen zur Untersuchung kleinräumiger Effekte. in: Programmheft zur Tagung "Health Inequalities III" vom 13.-14.06.2008, 44.+++Razum, O.; Altenhöner, T.; Breckenkamp, J.: Social epidemiology after the German reunification: East vs. West or poor vs. rich? in: *International Journal of Public Health*, 2008, 53, pp. 13-22.+++Voigtländer, S.; Berger, U., Razum, O.: Kleinräumige Unterschiede bei den Lebensverhältnissen in Deutschland und ihre Bedeutung in der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. in: Tagungsband zur "3. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie" vom 24.-27.09.2008, 146.

**ART:** Dissertation; Eigenprojekt *BEGINN: 2007-10 ENDE: 2010-09 AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Institution

**INSTITUTION:** Universität Bielefeld, Fak. für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 03 Epidemiologie & International Public Health (Postfach 100131, 33501 Bielefeld)

**KONTAKT:** Voigtländer, Sven (Tel. 0521-106-3836, e-mail: sven.voigtlaender@uni-bielefeld.de)

[9-L] Bittlingmayer, Uwe H.; Bauer, Ullrich; Richter, Matthias; Sahrai, Diana:

**Die Über- und Unterschätzung von Raum in Public Health: Überlegungen zur räumlichen Dimension gesundheitlicher Ungleichheiten**, in: *Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften*, Jg. 48/2009, H. 2, S. 21-34

**INHALT:** "Raum gilt als wichtiges Thema, wenn es um das Verhältnis zwischen Ungleichheit und Gesundheit in der Public-Health-Forschung geht. Der Beitrag sucht die Annäherung an dieses Verhältnis aus zwei raumbezogenen Perspektiven - innerhalb des Setting-Ansatzes und innerhalb der Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit. Im Setting-Ansatz stehen die jeweiligen Lebenswelten und Lebensräume sowie deren Gestaltbarkeit im Mittelpunkt, in der sozialepidemiologischen gesundheitlichen Ungleichheitsforschung zeigen Studien die starken passiven und aktiven Implikationen von Raum. Anhand der Darstellung und des Vergleiches beider Dimensionen entfaltet der Beitrag die These, dass subjektive Aneignungs- und Konstruktionsleistungen von Raum im Setting-Ansatz tendenziell überschätzt und in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung unterschätzt werden. Das abschließende Plädoyer verweist auf eine stärkere Integration der beiden räumlichen Bezugspunkte." (Autorenreferat)

[10-L] Bittlingmayer, Uwe H.; Sahrai, Diana; Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.):

**Normativität und Public Health: vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit**, (Gesundheit und Gesellschaft), Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2009, 464 S., ISBN: 978-3-531-15620-0

**INHALT:** "Gesundheit, der Forschungsgegenstand der Gesundheitswissenschaften/Public Health ist von Beginn an normativ verankert. Gesundheit ist ein Grundgut, das mit gerechtigkeits-theoretischen Konzepten direkt verwoben ist. Dennoch stoßen wissenschaftliche Befunde über die Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken heute immer noch auf Skepsis und politische Gegenwehr. Indem sie Gesundheitsförderungsprogramme initiieren, laufen die Gesundheitswissenschaften außerdem Gefahr,

zur problematischen Standardisierung von Körperkonzepten oder Lebensstilen beizutragen und so beim neoliberalen Umbau der Gesellschaft mitzuhelfen. Dem können sie nur entgegen, wenn sie sich - wie ursprünglich einmal angedacht - als ideologie- und systemkritische Wissenschaften verstehen und sich auf eine nicht nur individual-interventionistische, sondern auch gesellschaftsverändernde Praxis verständigen. In den Beiträgen des Buches wird das normative Spannungsfeld zwischen Gleichheit und Standardisierung theoretisch und praxisbezogen ausgelotet und nach Wegen gesucht, um sich gegen Instrumentalisierungen jedweder Art zur Wehr zu setzen." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Peter-Ernst Schnabel, Uwe H. Bittlingmayer und Diana Sahrai: Normativität und Public Health. Einleitende Bemerkungen in problempräziserer und sensibilisierender Absicht (11-43); I. Der Ausgangspunkt: Hagen Kühn und Rolf Rosenbrock: Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze (47-71); II. Normativität und Public Health - theoretische Zugänge aus interdisziplinärer Sicht: Marina Steindor: Gerechte Gesundheitschancen. Von der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils für die Bürger bis hin zur Gesundheitspädagogik für die Arbeiterschicht (75 -109); Hartmut Remmers: Ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Versorgungsleistungen (111-133); Thomas Gerlinger und Klaus Stegmüller: Ökonomisch-rationales Handeln als normatives Leitbild der Gesundheitspolitik (135-161); Marion Habersack: Kein Weg vom Verhalten zu den Verhältnissen, kein Weg vom Individuum zur Struktur - Gesundheit als Naturrecht? (163-181); Peter-Ernst Schnabel: Zur Kritik medizin-paradigmatischer Normativitäten in der aktuellen "Präventions"-Politik (183-208); III. Normativität in den Konzepten von Public Health - zur Settingperspektive und zum Sozialkapital: Susanne Hartung: Förderung von Sozialkapital als Präventionsmaßnahme? Einige theoretisch-normative Implikationen (211-234), Diana Sahrai: Die Kindertagesstätte als gesundheitsförderndes Setting: Zwischen normativen Idealen und alltagspraktischen Zwängen (235-267); Uwe H. Bittlingmayer: Gesundheitsförderung im Setting Schule und ihre normativen Implikationen (269-299); Raimund Geene: Gesundheitsförderung und Prävention im bundesdeutschen Korporatismus. Ansätze und Hemmnisse einer sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung (301-321); IV. Normativität in der Praxis von Public Health - Interventionen und Evaluationen: Hubert Löffler und Annegret Wigger: "Arm - aber trotzdem gesund!" Verhaltens- oder Verhältnisprävention? (325-343); Meinrad M. Armbruster: Respektieren statt blamieren - Elternarbeit mit sozial Benachteiligten (345-362); Ulrike Sirch: Theaterarbeit in der Gesundheitsförderung (363-387); Kordula Marzinik und Sabine Kluwe: Normativität in der Elternbildung (389-405); Michael T. Wright: Partizipation als reflexive und emanzipative Normativität: der Beitrag der Aktionsforschung (407-421); V. Ausblicke: Hagen Kühn im Gespräch mit den Herausgebern: Präventionspolitik: Ein aktueller Rückblick auf eine frühe Diagnose (425-455).

[11-L] Bösl, Elsbeth; Klein, Anne; Waldschmidt, Anne:

**Disability history: Einleitung**, in: Elsbeth Bösl (Hrsg.) ; Anne Klein (Hrsg.) ; Anne Waldschmidt (Hrsg.): Disability history : Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte ; eine Einführung, Bielefeld: transcript Verl., 2010, S. 7-10, ISBN: 978-3-8376-1361-2

**INHALT:** Anknüpfend an die internationale Disability History verfolgt der Band folgende Anliegen: Zum einen stellen die Autoren die neue geschichtswissenschaftliche Teildisziplin vor und führen in ihre grundlegenden konzeptionellen und methodischen Fragen ein. Zum anderen wird eine Bestandsaufnahme aktueller Forschungsarbeiten aus dem deutschsprachigen Raum geboten. Neun exemplarische Fallstudien geben einen Einblick in verschiedene Facetten des neuen Forschungsfeldes. Sie befassen sich mit wissenschaftlichen Konstruktionen und subjektiven Erfahrungen, mit Institutionen und Politiken, Körper, Kunst und Kultur. Der zeitliche Schwerpunkt liegt auf dem 19. und 20. Jahrhundert. (ICF2)

[12-CSA] Crawshaw, Paul; Scott-Samuel, Alex; Stanistreet, Debbi:

**Hegemonic masculinity, structural violence and health inequalities**, in: Critical Public Health, vol. 19, no. 3-4, pp. 287-292, 2009, ISSN: 0958-1596

**INHALT:** There is persuasive evidence that the reduction of health inequalities can only be achieved by addressing their fundamental causes as opposed to the diseases through which they are expressed or the immediate precursors of those diseases. This explains both the persistence of health inequalities

over time and the failure of policies which only target their immediate manifestations to have any lasting impact. Fundamental causes of health inequalities are thought to include: inequalities in power, money, prestige, knowledge and beneficial social connections. The aim of this discussion is to consider the impact of hegemonic masculinity in determining unequal social and political relations which are deleterious to the health of both men and women on a global scale. Adapted from the source document.

[13-CSA] Crawshaw, Paul:

**Critical perspectives on the health of men: lessons from medical sociology**, in: *Critical Public Health*, vol. 19, no. 3-4, pp. 279-285, 2009, ISSN: 0958-1596

**INHALT:** Men's health has emerged as a key area for research and practice in the field of public health over the last decade. Although much of this work has been valuable in illuminating and challenging perceived inequalities experienced by men in terms of health and wellbeing, there has been a lack of critical theoretical work which explores how men are positioned and constructed within recent health discourses. More sociological approaches drawing on established traditions within medical sociology, have significant potential to critically explore and unpack current debates regarding men's health and wellbeing and begin to illuminate the complex relationships between men, their health and wider social, political and economic factors. Adapted from the source document.

[14-L] Diviani, Nicola; Viswanath, Kasisomayajula:

**Health disparities and communication inequalities: the case of Switzerland**, in: *Studies in Communication Sciences : Journal of the Swiss Communication and Media Research Association (SGKM)*, Vol. 11/2011, No. 1, S. 35-50 ([www.scoms.ch/current\\_issue/abstract.asp?id=495](http://www.scoms.ch/current_issue/abstract.asp?id=495))

**INHALT:** "With the extraordinary developments in biomedical sciences and communication, the importance of communication in health promotion and disease prevention has been recognized by researchers in many disciplines as well as by practitioners in public health and medicine. Until now much attention to communication in health has focused on how mass and new media could be used in health interventions and understanding the challenges in communication between providers and patients. Yet much less attention has been paid to how communication, specifically, inequalities in communication, may contribute to or exacerbate health disparities. A number of social determinants such as class, race, ethnicity, occupation and geography among others have been recognized as influencing disparities in health outcomes. Given the rapid evolution of communication technologies, it is critical to understand the potential for communication to either bridge or widen existing disparities and the mechanisms behind them. This paper argues that communication inequalities are an important determinant, albeit an addressable one, in influencing the trajectories of disparities. The authors address this issue with a selective review of literature, illustrating how health disparities can be explained by communication inequalities in Switzerland, where in theory, in light of the organization of the Swiss healthcare system, such health disparities should be minimal." (author's abstract)

[15-CSA] Dyb, Kari; Andreassen, Hege Kristin:

**DIFFERENCES AND INEQUALITIES IN HEALTH**, in: *Information, Communication & Society*, vol. 13, no. 7, pp. 956-975, 2010, ISSN: 1369-118X

**INHALT:** The potential for information technologies (ITs) to contribute to a struggle against social inequalities in health is discussed in contemporary policy and research. Expectations are on IT to facilitate access to health expertise and knowledge, and hence result in improved health practices and outcomes for individuals. In this article, the authors argue that this currently dominant understanding of the relation between IT and social inequalities in health is constraining as well as insufficient to explain the persistence of health inequalities in digitalized western societies. Human action is reduced to be about rational choice, and technology is expected to be a passive tool to be employed by implementers and policy-makers. Drawing on case studies from two telemedicine projects in Norway, this analysis combines perspectives from sociology concerned with structural inequalities on the one



hand, with science technology studies on the other. It reveals how the practice and performance of IT is tied to the practice and performance of local differences, and this might be important to a discussion of the social distribution of health. Combining these two perspectives allows for an alternative understanding of how IT and social inequalities in health interact. Adapted from the source document.

[16-L] Elkeles Thomas:

**Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 87-107, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Gesellschaftliche Rahmenbedingungen verweisen insbesondere auf das Zusammenspiel ökonomischer und politischer Macht. Eine Resultante dieses Zusammenspiels ist die gesamtgesellschaftliche Arbeitslosenquote. Der Verfasser zeigt nicht nur die massiven gesundheitlichen Konsequenzen auf, die mit dem Status der Arbeitslosigkeit verbunden sind. Er argumentiert, dass sich vor dem Hintergrund von andauernder Massenarbeitslosigkeit und der Ausdehnung atypischer Beschäftigungsformen die - vor allem stresstheoretisch gefassten - negativen Konsequenzen von Arbeitslosigkeit immer stärker auch auf soziale Gruppen ausdehnen, die (noch) in Arbeitsverhältnissen sind. (ICF2)

[17-CSA] Elo, Irma T.:

**Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective**, in: Annual Review of Sociology, vol. 35, pp. 553-572, 2009, ISSN: 0360-0572

**INHALT:** Social class inequalities in health and mortality have become an increasingly prominent topic of study among sociologists, demographers, economists, and social epidemiologists. Considerable progress has been made in documenting such inequalities in a wide variety of settings using multiple measures of health and all-cause and cause-specific mortality. That social class inequalities are pervasive is now well established, but factors that underlie them are less clearly understood. This review discusses various measures used to define social class in studies of health inequalities. It then reviews the literature on patterns of these inequalities in developed countries as well as their potential explanations. Promising new research approaches include those that employ a life course perspective in the study of health inequalities and those that integrate multiple levels of analysis, including biological pathways that are likely to be involved in translating cumulative adversity to poor health. Adapted from the source document.

[18-CSA] Faubion, Todd; Carmalt, Jean Connolly:

**Normative approaches to critical health geography**, in: Progress in Human Geography, vol. 34, no. 3, pp. 292-308, 2010, ISSN: 0309-1325

**INHALT:** This article builds on geography's engagement with ethics by asking what normative geographies focused on human health might look like. We use the ethics of care and human rights law to frame a normative approach to health geography. The article explores the content of these frameworks before grounding them in a particular instance of inequality found in South Africa. Our goal is to demonstrate how care ethics and human rights can powerfully complement one another and inspire a new type of praxis relevant to geographers engaged with ethics and ethical philosophy. Adapted from the source document.

[19-CSA] Ford, Chandra L.; Gee, Gilbert C.:

**Structural Racism and Health Inequities: Old Issues, New Directions**, in: Du Bois Review: Social Science Research on Race, vol. 8, no. 1, pp. 115-132, 2011, ISSN: 1742-058X

**INHALT:** Racial minorities bear a disproportionate burden of morbidity and mortality. These inequities might be explained by racism, given the fact that racism has restricted the lives of racial minorities

---

and immigrants throughout history. Recent studies have documented that individuals who report experiencing racism have greater rates of illnesses. While this body of research has been invaluable in advancing knowledge on health inequities, it still locates the experiences of racism at the individual level. Yet, the health of social groups is likely most strongly affected by structural, rather than individual, phenomena. The structural forms of racism and their relationship to health inequities remain under-studied. This article reviews several ways of conceptualizing structural racism, with a focus on social segregation, immigration policy, and intergenerational effects. Studies of disparities should more seriously consider the multiple dimensions of structural racism as fundamental causes of health disparities. Adapted from the source document.

[20-CSA] Freund, Peter:

**Embodying psychosocial health inequalities: Bringing back materiality and bioagency**, in: *Social Theory & Health*, vol. 9, no. 1, pp. 59-70, 2011, ISSN: 1477-8211

**INHALT:** In recent decades, psychosocial explanations of relationships between health and social economic inequalities have emerged. These approaches, it has been noted, de-emphasize the importance of material pathways. This article develops this critique by arguing for the relevance of sociomaterial spatiality and the materiality of social interaction. Psychosocial explanations see neurohormonal pathways as connecting the psychosocial and biological. This neurohormonal connection is developed here to include muscular, postural and other dimensions. Such approaches, furthermore, need to more adequately explicate the role and nature of agency. The notion of bioagency and its relationship to structure is used to address this issue. The conclusion briefly discusses the relevance of bioagency and materiality to psychosocial theorizing about health and social inequalities. Adapted from the source document.

[21-CSA] Funk, Laura M; Chappell, Neena L:

**Social Capital: Does it Add to the Health Inequalities Debate?**, in: *Social Indicators Research*, vol. 99, no. 3, pp. 357-373, 2010, ISSN: 0303-8300

**INHALT:** This paper empirically examines the relationship between advantage, social capital and health status to assess (a) whether social capital adds explanatory power to what we already know about the relationship between advantage and health and (b) whether social capital adds anything beyond its component parts, namely social participation and trust. It uses 2 measures of advantage (income and education), 5 measures of participation (informal network size, number of community activities, formal group membership, informal group membership, and service use), 3 measures of trust (trust, sense of belonging, and willingness to participate) and 3 indicators of health (perceived health, mental health, and physical function). Cross sectional data are analyzed from a sample of 918 middle-aged individuals, using multi-variate analyses. Results show that there were no direct associations between informal or formal group membership, community activities attended, or trust with any of the 3 health variables examined. A test of interaction terms combining trust and participation variables into several combined social capital variables also failed to show any relationship with any of the 3 health measures. That is, no support was found for a direct relationship between the separate components or combined measures of social capital and health. Income, however, was directly important for both perceived health and physical function although not for mental health. However, data reveal indirect affects for trust and not participation or interaction terms, through self-efficacy for all 3 domains of health and through perceived expressive support for mental health. As such, the data suggest the concept of social capital adds nothing to its component parts when examining individual level of health and furthermore that trust, but not participation, has a significant, indirect relationship to some domains of health. Such findings confirm the importance of income, a measure of socio-economic status, as well documented within the social determinants of health literature. It questions the use of the concept of social capital and points to the need for greater research examining indirect pathways to health and a greater focus on the role played by trust. Adapted from the source document.

[22-L] Geyer, Siegfried:

**Empirie und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Die Praxis empirischer Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 125-142, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Der Verfasser entwickelt auf empirischer Basis Elemente zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten. Den Ausgangspunkt bildet die derzeit gängige Praxis, soziale Differenzierung über die drei Merkmale Schulbildung, berufliche Position und Einkommen abzubilden. Dabei stehen zwei Fragen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses: Welche Maße zur Erfassung, bzw. zur Messung gesundheitlicher Ungleichheiten werden in der empirischen Forschung verwendet? Welche theoretischen Implikationen ergeben sich aus der Verwendung dieser Maße für die Konzeptualisierung gesundheitlicher Ungleichheiten? Der Autor untersucht am Beispiel von gesellschaftlichen Statusinkonsistenzen, wie erklärungskräftig die sozialepidemiologisch häufig zusammengefassten Dimensionen von Einkommen, Beruf und Bildungsabschluss jeweils sind. Es wird gezeigt, dass jedes der drei Merkmale einen eigenen latenten Gehalt hat, zusätzlich schließt die Höhe ihrer Interkorrelationen empirisch eine Austauschbarkeit aus. Es ist daher sinnvoll, in Studien alle drei Merkmale simultan zu betrachten. Es ist zu erwarten, dass die bisher eher epidemiologische und an Indikatoren orientierte Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten um soziologische und sozialpsychologische Konzepte angereichert wird, um präzisere Ansatzpunkte zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten identifizieren zu können. (ICF2)

[23-L] Hartmann, Anja:

**Wenn der Körper nicht mehr mitspielt: Gesundheit und Krankheit aus der Perspektive der soziologischen Inklusionsforschung**, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie : Vierteljahresschrift der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, Jg. 35/2010, H. 4, S. 45-61 (Standort: USB Köln(38)-XH2528; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; dx.doi.org/10.1007/s11614-010-0083-7)

**INHALT:** "Der Beitrag fragt nach den Zusammenhängen zwischen Inklusion und Exklusion, Gesundheit und Krankheit. Konzepte zu Inklusion und Exklusion fassen Aspekte der soziologischen Forschung hinsichtlich gesellschaftlichem Zusammenhalt, Ausgrenzung und Prekarisierung zusammen. Aus den Gesundheitswissenschaften ist bekannt, dass genau diese Aspekte einen starken Einfluss auf das gesundheitliche Befinden eines Menschen ausüben. Der Zusammenhang zwischen Inklusion und Gesundheit ist wechselseitig, wird aber je nach theoretischer Perspektive unterschiedlich gewichtet: In der Differenzierungstheorie ist Gesundheit eine Voraussetzung für Inklusion, die als Einbezug einer Person in die Kommunikation gesellschaftlicher Teilsysteme verstanden wird. In der sozialen Ungleichheitsforschung hingegen wirkt sich Inklusion, beschrieben als Einbindung und Teilhabe, auf die gesundheitliche Lage eines Menschen aus." (Autorenreferat)

[24-CSA] Hatzenbuehler, Stephanie; Rose, Stephen M.:

**Embodying social class: The Link between Poverty, Income Inequality and Health**, in: International Social Work, vol. 52, no. 4, pp. 459-471, 2009, ISSN: 0020-8728

**INHALT:** Poverty, income inequality and the inequitable distribution of health invariably co-occur. The strength of the relationship between wealth and health holds even in countries with universal health care. A systematic literature review describes pathways from inequality of wealth to embodied diseases. The significance for social policy and social work practice is developed. [Reprinted by permission of Sage Publications Ltd., copyright holder.]

[25-L] Jungbauer-Gans, Monika:

**Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit : Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2009, S. 77-98, ISBN: 978-3-531-16084-9

**INHALT:** In Anlehnung an den Begriff der "Lebenschance" wird der Begriff der "Gesundheitschance" entwickelt. Darunter wird die von der sozialen Lage abhängige ungleiche Verteilung von Faktoren verstanden, die die Gesundheit sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. Einleitend werden die wesentlichen mikro- und mesosozialen Erklärungsansätze skizziert und nach dem Kriterium ihrer empirischen Evidenz verglichen. Dabei werden die gängigen Modelle sozialer Ungleichheit auf ihre Erklärungskraft hinsichtlich variierender Gesundheitschancen untersucht. Im Anschluss daran werden medizin- und gesundheitssoziologische Ansätze sowie ökonomische Erklärungsversuche vorgestellt und im Rahmen eines Gesamtmodells integriert und vergleichend diskutiert. (GB)

[26-L] Kohlhuber, Martina; Bolte, Gabriele:

**Modelle und Indikatoren sozialer Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit:**

**Erklärungsansätze aus der Umweltepidemiologie**, in: Karl-Siebert Rehberg (Hrsg.) ; Dana Giesecke (Mitarb.) ; Thomas Dumke (Mitarb.): Die Natur der Gesellschaft : Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2, Frankfurt am Main: Campus Verl., 2008, S. 3728-3736, ISBN: 978-3-593-38440-5

**INHALT:** "Umweltgerechtigkeit beruht auf einem multidimensionalen Konzept. Politische, soziale, ökonomische und physische Aspekte greifen auf gesellschaftlicher, kommunaler und individueller Ebene ineinander. Die Umweltepidemiologie muss dieser Komplexität durch Anwendung geeigneter Methoden gerecht werden. Verschiedene Modelle wurden bereits entwickelt, um die Komplexität des Themas zu beschreiben. Gerade im Themenfeld soziale Lage, Wohnen und Gesundheit werden neue Ansätze zu Mehrebenenmodellen entwickelt. Dabei werden aggregierte Daten auf lokaler oder regionaler Ebene mit individuellen Daten verknüpft und analysiert. In der Sozialepidemiologie sind klassische Indikatoren des sozioökonomischen Status Bildung, Einkommen und der berufliche Status. Bisher wurde der Sozialstatus in umweltepidemiologischen Studien noch unzureichend erfasst. In Studien zu Gesundheit und Umweltbelastungen wird oftmals nur Bildung als Confounder erfasst. Neuere Studien weisen darauf hin, dass Einkommen für die Erklärung von sozialer Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit eine bedeutsamere Rolle spielt als z.B. Bildung. Darüber hinaus wird immer häufiger darauf hingewiesen, dass ein einzelner Indikator den sozioökonomischen Status nicht ausreichend abbilden kann. Daher werden zunehmend auch alternative Beschreibungen der sozialen Lage verwendet wie zum Beispiel soziales Kapital und soziale Netzwerke. Diese Konzepte sind insofern für umweltepidemiologische Fragestellungen interessant, da sie die soziale Lage des Wohnumfelds und der Nachbarschaft miteinbeziehen, die Einfluss sowohl auf die subjektive Einschätzung des Sozialstatus als auch auf Gesundheit und subjektiv wahrgenommene Umweltbelastungen hat. Ziel der Umweltgerechtigkeitsforschung muss sein, das Ausmaß der sozialen Ungleichheit bei Umweltexpositionen und umweltbezogener Gesundheit zu quantifizieren und deren Ursachen zu identifizieren, Indikatoren für Umweltgerechtigkeit zu entwickeln und letztlich Gesundheitsförderungsprogramme im Bereich umweltbezogener Gesundheit so zu gestalten, dass gesundheitliche Ungleichheit verringert wird." (Autorenreferat)

[27-L] Kolip, Petra:

**Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit**, in: Mel Bartley ; David Blane ; Wolfgang Hien ; Klaus Hurrelmann ; Petra Kolip ; Gopalakrishnan Netuveli ; Diana Sahrai ; Juliet Stone ; Michael Vester: Health Inequalities, Berlin: Argument-Verl., 2009, S. 57-69, ISBN: 978-3-88619-824-5

**INHALT:** Die Autorin zeichnet die speziellen Beiträge der Genderforschung zur Diskussion um gesundheitliche Ungleichheiten anhand verschiedener Dimensionen nach. Die Unterscheidung von "sex" und "gender" liefert zunächst eine grundsätzliche Kritik an einem biologistischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Auf dieser Grundlage lässt sich dann durch eine prinzipielle Kritik am Gender Bias der Bogen zu einer geschlechtsspezifischen Versorgungsungleichheit schlagen. Die Autorin argumentiert, dass die Berücksichtigung einer geschlechtlichen Strukturvariable in der Regel als singuläre Größe konzeptionalisiert wird. Die ungleichheitsbezogene Genderforschung hingegen verweist eher auf die Berücksichtigung eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses, das insbesondere das Zusammenspiel der unterschiedlichen Strukturvariablen Klasse und Geschlecht besser abzubilden vermag. (ICI2)

[28-L] Kroll, Lars E.; Lampert, Thomas; Lange, Cornelia; Ziese, Thomas:

**Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung**, (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen Forschungsgruppe Public Health, 2008-306), Berlin 2008, 70 S. (Graue Literatur; nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-259296); Forschungsbericht/Nummer: SPI2008-306

**INHALT:** "Die demographische Alterung stellt eine bedeutende Herausforderung der deutschen Gesundheitspolitik dar. Die zentrale Frage lautet heute nicht mehr, ob die Bevölkerung immer älter wird, sondern ob hinzugewonnene Lebensjahre bei guter Gesundheit verbracht werden können. In diesem Beitrag wird ein Überblick über den Forschungsstand zur Entwicklung und zu Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung gegeben. Die für Deutschland vorliegenden Ergebnisse sprechen insgesamt dafür, dass die Bevölkerung immer länger lebt und auch länger gesund bleibt. Diese positive Entwicklung könnte auch den prognostizierten Ausgabenanstieg im Gesundheitssystem dämpfen. Allerdings profitieren nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen vom Anstieg der gesunden Lebenszeit, da große soziale Ungleichheiten in den Chancen auf ein langes und gesundes Leben bestehen." (Autorenreferat)

[29-L] Kroll, Lars E.:

**Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit: die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006**, (Gesundheit und Gesellschaft), Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2010, 300 S., ISBN: 978-3-531-16803-6

**INHALT:** Der Zusammenhang zwischen gesellschaftlichem Wandel, sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird in einem theoretischen und zwei empirischen Teilen untersucht. Im ersten Teil der Studie werden die theoretischen Grundlagen zur Analyse des Wandels sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten herausgearbeitet. Dazu wird die Entwicklung der Theorie sozialer Ungleichheiten geschildert und ein analytischer Zugang zur Analyse des Wandels sozialer Ungleichheiten entwickelt. Es folgt ein Überblick über sozialepidemiologische Theorien und Modelle zur Entstehung und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten. Abschließend wird ein eigener Zugang zur Erklärung des Wandels gesundheitlicher Ungleichheiten skizziert, bei dem - in Anlehnung an die erklärende Soziologie - die Verknüpfung zwischen der gesellschaftlichen Strukturebene und der Ebene individueller Akteure im Zentrum steht. Im zweiten Teil der Studie steht der Wandel sozialer Ungleichheiten im Vordergrund, der als Ursache für den Wandel gesundheitlicher Ungleichheiten angesehen wird. Ausgangspunkt ist eine Beschreibung der zentralen Merkmale des deutschen Sozialstaates im internationalen Vergleich und seines Wandels seit den frühen 1980er Jahren. Es folgt eine empirische Analyse des Wandels sozialer Ungleichheiten bei der die Veränderung der lebensweltlichen Relevanz sozialer Kategorien, wie Klassen, Schichten oder Milieus, im Zentrum steht. Die Analysen basieren auf den Daten des Sozioökonomischen Panels. Im dritten Teil steht die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland im Zentrum der Analysen. Dabei wird auf die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten für fünf Gesundheitsindikatoren eingegangen, dargestellt werden Indikatoren für gesundheitsrelevante Einstellungen (Gesundheitsbewusstsein), Gesundheitsverhalten (Rauchverhalten, sportliche Aktivität) und die gesundheitliche Lage (schweres Übergewicht, selbstberichteter Gesundheitszustand) von Männern und Frauen in Deutschland. Dadurch soll ein umfassendes Bild des Wandels gesundheitlicher Ungleichheiten gezeichnet werden. Diese Analysen basieren vorrangig auf Daten von repräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, die zwischen 1984 und 2005 in Deutschland erhoben worden sind. Im Schlusskapitel der Studie werden die empirischen Ergebnisse der Studie zusammengeführt und der Erkenntnisfortschritt des gewählten Vorgehens für die Analyse des Wandels sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten diskutiert. (ICF2)

[30-L] Kuhlmann, Ellen; Kolip, Petra:

**Die "gemachten" Unterschiede: Geschlecht als Dimension gesundheitlicher Ungleichheit**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 191-219, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Die Verfasserin analysiert, inwieweit Geschlechterverhältnisse als eigenständige Erklärungsdimension gesundheitlicher Ungleichheit verstanden werden müssen. Nicht nur die analytische Rekonstruktion wichtiger Positionen der Gender Theory, sondern auch ein empirischer Blick in die geschlechterdifferenzierte medizinische Praxis (etwa bei verordneten Versorgungsleistungen oder Diagnosen) zeigt markante Hinweise auf die Produktion und Reproduktion von Ungleichheiten, die in höchstem Maße als gesundheitsrelevant angesehen werden. Ihre Ergebnisse weisen zum einen auf den stabilen Gender-Bias des Gesundheitsversorgungssystems hin, zum anderen auf die wichtigen Interdependenzen von Alters- und Geschlechtsunterschieden. (ICF2)

[31-L] Lahelma, Eero; Laaksonen, Mikko; Martikainen, Pekka; Rahkonen, Ossi:

**Die Mehrdimensionalität der sozioökonomischen Lage: Konsequenzen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 143-166, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Ziel des Beitrags ist es, einen analytischen Ansatz für das bessere Verständnis der sozioökonomischen Lage in der Forschung über gesundheitliche Ungleichheiten vorzustellen. Es werden bisherige Ansätze zusammengefasst und kritisch diskutiert. Anschließend wird auf der Basis eigener Forschung aus der Helsinki Health Study eine analytische Strategie entwickelt. Diese Strategie unterstreicht allgemein die Notwendigkeit, unterschiedliche Bereiche der sozioökonomischen Lage zu untersuchen, insbesondere Wechselbeziehungen zwischen diesen Bereichen. Plädiert wird für eine Zusammenarbeit der bis heute noch weitgehend getrennten Forschungstraditionen der soziologisch und theoretisch orientierten Klassenanalyse einerseits sowie der sozialespidemiologisch orientierten sozioökonomischen Analyse innerhalb von Public Health andererseits. Die Autoren schlagen ein komplexes multidimensionales Pfadmodell vor, das beide Traditionen zumindest in einem ersten Schritt anzunähern erlaubt. (ICF2)

[32-L] Lampert, Thomas; Ziese, Thomas; Kurth, Bärbel-Maria:

**Gesundheitliche Entwicklungen und Trends in Ost- und Westdeutschland**, in: Aus Politik und Zeitgeschichte : Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 2010, H. 45, S. 32-39 ([www.bpb.de/files/LKYM51.pdf](http://www.bpb.de/files/LKYM51.pdf))

**INHALT:** "Kurz nach der Wiedervereinigung unterschied sich die gesundheitliche Situation in Ostdeutschland deutlich von der in Westdeutschland. Mittlerweile hat eine Annäherung, zum Teil sogar eine Angleichung stattgefunden." (Autorenreferat)

[33-L] Lampert, Thomas:

**Armut und Gesundheit**, in: Soziale Arbeit : Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete, Jg. 60/2011, H. 10/11, S. 391-396 (Standort: UuStB Köln (38)-Haa1082; [www.dzi.de/dzi-institut/verlag/soziale-arbeit/soziale-arbeit-archiv/soziale-arbeit-detailansicht/?8873](http://www.dzi.de/dzi-institut/verlag/soziale-arbeit/soziale-arbeit-archiv/soziale-arbeit-detailansicht/?8873))

**INHALT:** "Auch in einem reichen Land wie Deutschland lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage feststellen. Personen, die in Armut leben, sind häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen und haben eine weitaus geringere Lebenserwartung. In einer Gesellschaft, die auf dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit und des sozialen Ausgleichs aufbaut, resultiert daraus ein erheblicher politischer Handlungsdruck. Die Verringerung der sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen kann dabei nicht alleinige Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, sondern

betrifft auch andere Handlungsfelder wie zum Beispiel die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Familien- und Sozialpolitik." (Autorenreferat)

[34-L] Lampert, Thomas:

**Armut und Gesundheit**, in: Thomas Schott ; Claudia Hornberg: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit : 20 Jahre Public Health in Deutschland ; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2011, S. 575-597, ISBN: 978-3-531-17581-2

**INHALT:** Der Beitrag befasst sich mit dem Zusammenhang von Armut und Gesundheit in Deutschland und nimmt dabei Bezug auf eine Reihe aktueller Untersuchungen. Ergänzend werden Ergebnisse eigener Analysen des Autors vorgestellt, die überwiegend auf Daten des Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts basieren und unter anderem im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlicht wurden. Im ersten Schritt wird zunächst auf die Entwicklung der Armut und die unterschiedliche Betroffenheit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen im Zeitraum 1992 bis 2008 eingegangen. Der zweite Schritt liefert sodann empirische Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit bei Erwachsenen (Einkommen, Arbeitsunfähigkeitstage, Tabakkonsum, Lebenserwartung), während der dritte Schritt die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen (Schwangerschaft, Verhaltensauffälligkeiten, familiärer Wohlstand, Ernährungsgewohnheiten) beleuchtet. Die Ausführungen schließen mit der Einordnung und Bewertung der dargestellten Ergebnisse und der Diskussion weiterführender Forschungsperspektiven. (ICG2)

[35-CSA] LYNCH, JOHN; HARPER, SAM; KING, NICHOLAS B.; MEERSMAN, STEPHEN C.; REICHMAN, MARSHA E.; BREEN, NANCY:

**Implicit Value Judgments in the Measurement of Health Inequalities**, in: The Milbank Quarterly, vol. 88, no. 1, pp. 4-29, 2010, ISSN: 0887-378X

**INHALT:** Context: Quantitative estimates of the magnitude, direction, and rate of change of health inequalities play a crucial role in creating and assessing policies aimed at eliminating the disproportionate burden of disease in disadvantaged populations. It is generally assumed that the measurement of health inequalities is a value-neutral process, providing objective data that are then interpreted using normative judgments about whether a particular distribution of health is just, fair, or socially acceptable. Methods: We discuss five examples in which normative judgments play a role in the measurement process itself, through either the selection of one measurement strategy to the exclusion of others or the selection of the type, significance, or weight assigned to the variables being measured. Findings: Overall, we find that many commonly used measures of inequality are value laden and that the normative judgments implicit in these measures have important consequences for interpreting and responding to health inequalities. Conclusions: Because values implicit in the generation of health inequality measures may lead to radically different interpretations of the same underlying data, we urge researchers to explicitly consider and transparently discuss the normative judgments underlying their measures. We also urge policymakers and other consumers of health inequalities data to pay close attention to the measures on which they base their assessments of current and future health policies. Adapted from the source document.

[36-L] Mackenbach, Johan:

**Sozioökonomische gesundheitliche Ungleichheiten in Westeuropa: von der Beschreibung über die Erklärung zur Intervention**, in: Johannes Siegrist (Hrsg.) ; Michael Marmot (Hrsg.) ; Anja Kauf (Übersetzer) ; Simone Weyers (Übersetzer): Soziale Ungleichheit und Gesundheit : Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen: Huber, 2008, S. 281-315, ISBN: 978-3-456-84563-0 (Standort: UB Frankfurt am Main(30)-88/580/71)

**INHALT:** In zahlreichen Ländern sind in den letzten 20 Jahren empirische Studien über sozioökonomische gesundheitliche Unterschiede veröffentlicht worden, wobei sich die Forschung allmählich von der Beschreibung zur Erklärung verlagert hat. Die gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung wurden zunehmend zu einem wichtigen Thema in der Public Health-Forschung in Westeuropa

und bei der Suche nach den Ursachen wurde begonnen, nach evidenzbasierten Strategien zu suchen, um diese Ungleichheiten zu verringern. Der Autor gibt einen kommentierten Überblick über jüngste europäische Erfahrungen auf diesem Gebiet, wozu er zunächst den Umfang und die Muster sozio-ökonomischer gesundheitlicher Ungleichheiten in Westeuropa darstellt. Anschließend diskutiert er die Entwicklungen nationaler politischer Maßnahmen, einschließlich verschiedener innovativer Ansätze und umfassender Pläne, um gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Er geht abschließend auf bestimmte Evidenztypen ein, welche politische Maßnahmen zur Bekämpfung sozioökonomischer gesundheitlicher Ungleichheiten zu ihrer Untermauerung erfordern. Diese Erfordernisse verdeutlicht er zusammenfassend anhand einiger Forschungsergebnisse des vorliegenden Sammelbandes. (IC12)

[37-CSA] Malmberg-Heimonen, Ira; Dahl, Espen:

**Social inequality and health: the role of social capital**, in: *Sociology of Health and Illness*, vol. 32, no. 7, pp. 1102-1119, 2010, ISSN: 0141-9889

**INHALT:** The aim of the article is to examine whether and to what degree the unequal distribution of social capital in the population explains the relationship between socioeconomic position and health in Norway. Theoretical insight and empirical evidence seem to suggest that social capital mediates the effect of socioeconomic position on health outcomes. However, only a few studies have addressed this question and those that have done so have used few and simple indicators of social capital. This study is based on a nationwide cross-sectional survey (N = 3190) commissioned by Statistics Norway. The survey was designed to cover a comprehensive set of variables measuring different aspects of the theoretical construct of social capital. Two health outcomes, self-perceived health and long-standing illness, were analysed. The results showed that the mediating role of social capital between socioeconomic position and health was negligible for both health outcomes. After controlling for socio-demographic variables and socioeconomic position, only neighbourhood satisfaction and generalised trust showed a significant association with self-perceived health, whereas none of the social capital variables had any significant association with longstanding illness. Some theoretical and methodological implications of the results are discussed. Adapted from the source document.

[38-CSA] McDonough, Peggy; Brennenstuhl, Sarah; Quesnel-Vallee, Amelie:

**Socioeconomic Inequalities in Health and the Welfare State: A Research Synthesis**, International Sociological Association, Gothenburg, Sweden, 2010

**INHALT:** Background: Research on the social determinants of health has increasingly drawn on welfare regime theory to understand differences in health inequalities across Western nations. There is a need to comprehensively review the efficacy of this approach in order to advance research & inform the development of evidence-based health & social policies. Methods: We undertook a comprehensive search of 15 electronic databases & pertinent bibliographies to identify empirical studies published in English from January 1970 to August 2009. Twenty-four studies, published in 13 peer-reviewed journals between 1994 & 2009, met the inclusion criteria of comparing health outcomes by welfare regime. Results: Five welfare regime typologies were identified. Most studies compared four or five regimes (less than 50%); all included at least one country representative of the Social Democratic (SD) regime. Approximately half of studies focused on population health, half on health inequalities & one on both outcomes. Only a third of studies (n=7) found clear evidence that inequalities in health were lowest (n=1) or population health levels were the highest (n=6) in SD regime-type countries. Conclusions: The patterning of health and health inequalities by regime type was not unequivocally consistent with welfare regime theory.



[39-L] Mielck, Andreas:

**Regionale Unterschiede bei Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung: Weiterentwicklung der theoretischen und methodischen Ansätze**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 167-187, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Der Verfasser untersucht den Zusammenhang zwischen den regionalen Faktoren und dem Gesundheitszustand. Es wird dabei die Unterscheidung zwischen "compositional effects" und "contextual effects" vorgenommen und auf der Grundlage empirischer Forschungsergebnisse verdeutlicht. Compositional Effects beziehen sich auf die Bevölkerungsstruktur einer Region. Wenn ein hoher Anteil sozial benachteiligter Akteure in einer Region lebt, dann werden die Morbiditäts- und Mortalitätsraten entsprechend überdurchschnittlich sein. Hier werden also lediglich Effekte abgebildet, die in der vertikalen Struktur der Gesamtgesellschaft verankert sind und sich regional niederschlagen. Contextual Effects sind demgegenüber räumliche Effekte, die einen vom individuellen Status unabhängigen Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Diese können sich zum Beispiel in besonderen Luftverschmutzungen oder einer besonders geringen Facharztdichte widerspiegeln. (ICF2)

[40-L] Münster, Eva; Letzel, Stefan:

**Sozial-gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland**, in: Karin Vinders (Hrsg.) ; Hans-Ulrich Weth (Hrsg.): Armut und Teilhabe : Analyse und Impulse zum aktuellen Diskurs um Armut und Gerechtigkeit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 61-68, ISBN: 978-3-531-15762-7 (Standort: USB Köln(38)-35A4889)

**INHALT:** "Armut" und "Gesundheit" sind Begriffe, für die eine Vielzahl von Definitionsansätzen vorliegt. Ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Gesundheit ist wissenschaftlich eindeutig belegt. Für Deutschland wurde auf der Basis des Sozialökonomischen Panels ein Einkommensgradient bei Lebenserwartung, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung nachgewiesen. Um dem Problem sozial-gesundheitlicher Ungleichheit entgegen zu wirken, sind Verhaltens- und Verhältnisprävention notwendig. (ICE)

[41-L] Niehaus, Mathilde:

**Lebenswelt und Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen als Public Health-Thema: behindert sein und behindert werden**, in: Thomas Schott ; Claudia Hornberg: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit : 20 Jahre Public Health in Deutschland ; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2011, S. 545-554, ISBN: 978-3-531-17581-2

**INHALT:** Vor dem Hintergrund des ausgemachten Datendefizits in der Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Behinderung in den 1980er Jahren informiert der Beitrag aus der Sicht von Public Health über den aktuellen Forschungsstand in Deutschland zu diesem Thema. So liefert der erste Schritt zunächst aktuelles empirisches Datenmaterial über die Identifikation 'Menschen mit Behinderung' als benachteiligte Bevölkerungsgruppe bis hin zur Identifikation behindernder Bedingungen. Im Mittelpunkt stehen hier statistische Angaben zu schwer behinderten Menschen nach Geschlecht, Alter, Art, Grad und Ursachen der Behinderung. Der zweite Schritt befasst sich sodann mit der Identifikation behindernder Situationen für Kinder, Frauen, Ältere und Migranten als zukünftige Herausforderung für die Sozial- und Arbeitspolitik bzw. das Gesundheitswesen in Deutschland. (ICG2)

[42-L] Pfaff, Holger; Ernstmann, Nicole; Driller, Elke; Jung, Julia; Karbach, Ute; Kowalski, Christoph; Nitzsche, Anika; Ommen, Oliver:

**Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit**, in: Thomas Schott ; Claudia Hornberg: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit : 20 Jahre Public Health in Deutschland ; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2011, S. 39-68, ISBN: 978-3-531-17581-2

**INHALT:** Der Beitrag stellt einige Elemente einer möglichen Theorie der sozialen Gesundheit vor. Die zentrale Grundannahme dieses Theorieansatzes ist, dass Gesundheit das Ergebnis individueller und

kollektiver Ressourcenakkumulation und -krisen ist. Grundlage der Ressourcenakkumulation ist ein gelingender Ressourcenaustausch zwischen Mensch und Gesellschaft, durch den beide Parteien an Ressourcen gewinnen. Krankheit dagegen wird als Ergebnis von Ressourcenkrisen betrachtet. Im ersten Schritt werden zunächst einige Grundelemente eines umfassenden Modells der sozialen Gesundheit dargestellt. Um zu verstehen, wie das Verhältnis zwischen Gesellschaft und Individuum gestaltet ist und wie sich dieses auf die Gesundheit des Einzelnen auswirkt, wird hier beschrieben, was den Menschen ausmacht und was soziale Systeme wie Gesellschaft, Organisationen, Gruppen und Interaktionssysteme kennzeichnet. Im zweiten Schritt wird schließlich das Konzept der Ressourcenspirale präsentiert, das den Ressourcenaustausch zwischen Mensch und Sozialsystem in den Mittelpunkt stellt. Dieser Austausch kann dazu führen, dass sowohl der Mensch als auch das Sozialsystem vom Austausch profitieren und ihren Ressourcenbestand ausweiten. Dabei wird zwischen der Aufwärts- und der Abwärtsspirale unterschieden: Durch die aufwärtsgerichtete Ressourcenspirale wird Gesundheit aufrechterhalten, gesichert und gefördert. Die abwärtsgerichtete Ressourcenspirale erhöht die Krankheitsanfälligkeit. Als Schutz vor der gesundheitsgefährdenden Abwärtsspirale wird ferner die Rolle der Sozial- und Gesundheitspolitik moderner Gesellschaften in seinen Grundzügen vorgestellt. (ICG2)

[43-CSA] Quesnel-Vallee, Amelie:

**US Medical Sociology and Social Inequalities in Health: The Fight Is Not Over Yet!**, International Sociological Association, Gothenburg, Sweden, 2010

**INHALT:** U.S. Medical Sociologists have greatly contributed to increasing the legitimacy of the idea that social factors have a causal impact on health. This was done notably, but not exclusively, through the bustling area of stress research, but also more recently, as Link and Phelan (1995) proposed the idea of socioeconomic position (SEP) as a fundamental cause of disease. However, for the most part, operationalisation & testing of this framework in the U.S. has remained very much focused on the demonstration of the existence of a relationship between different measures of SEP & health at several stages of the life course within the U.S. society. Thus, we may well have reached the extent of the need for documentation of these relationships, & must now turn to the study of the macro-social forces that are creating a given set of fundamental causes. Outside of the U.S. and/or medical sociology, this agenda is being pursued, often with the goal of using natural experiments to identify policy instruments with the potential to yield more equitable life conditions. Medical sociologists are by training uniquely positioned to contribute to this line of research, and this is a call to arms for the discipline.

[44-CSA] Raphael, Dennis; Bryant, Toba:

**Introduction to The Special Issue On Social Inequalities And Health**, in: *Humanity and Society*, vol. 33, no. 1-2, pp. 1-4, 2009, ISSN: 0160-5976

**INHALT:** For this special issue of *Humanity & Society* we invited papers that would not only make the link between social inequalities and health but would consider the political, economic and social forces that create and maintain these inequalities. The eight papers in this issue provide an interdisciplinary approach to this task. The topics, Aboriginal health and health care services, community understandings of disease, determinants of health research, primary health care, policy change, public policy and welfare states, and disciplines represented in these papers (epidemiology, indigenous health studies, medicine, political economy, political science, policy studies, public health, sociology, and women's studies) illustrate the breadth of content areas and intellectual tools available for inquiry into social inequalities and health. The papers also offer means by which these issues can be brought to public attention and appropriate policy responses developed and implemented. Adapted from the source document.

[45-L] Razum, Oliver; Voigtländer, Sven:

**Regionale Ungleichverteilung von Gesundheit und Ihre Determinanten**, in: Sozialer Fortschritt : unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, Jg. 58/2009, H. 2/3, S. 36-43 (Standort: USB Köln(38)-Haa1098; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; dx.doi.org/10.3790/sfo.58.2-3.36)

**INHALT:** "Die regionale Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ist ein sozialpolitisches Leitprinzip in Deutschland. Während sich bei einem Ost-West-Vergleich Lebensverhältnisse und gesundheitliche Situation tendenziell angleichen, zeigen sich unterhalb dieser großräumigen Entitäten erhebliche Disparitäten. Diese haben mit großer Wahrscheinlichkeit Auswirkungen auf die Gesundheit der jeweiligen Bevölkerung. Die Analyse daraus resultierender gesundheitlicher Ungleichheiten erfordert kleinräumige sozialepidemiologische Untersuchungen. Die zentrale methodische Anforderung an solche Analysen besteht darin, gesundheitliche Ungleichheit als das Ergebnis eines kausalen Zusammenspiels sowohl ökologischer als auch individueller Merkmale zu modellieren. Hierzu können gemischte Modelle eingesetzt werden, auch multilevel models genannt, ergänzt um Verfahren der Räumlichen Statistik. Parallel dazu müssen theoretische Modelle zur Erklärung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit so weiterentwickelt werden, dass sie den gesundheitlichen Einfluss spezifischer individueller und ökologischer Merkmale in Form expliziter kausaler Pfade konzeptualisieren." (Autorenreferat)

[46-L] Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.):

**Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven**, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2009, 485 S., ISBN: 978-3-531-16084-9

**INHALT:** "Noch immer gilt: Wer arm, wenig gebildet und beruflich schlecht gestellt ist, wird häufiger krank und muss früher sterben. Wie aber kann dieser Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit erklärt werden? Welche Mechanismen und Prozesse liegen dem sozialen Gradienten in der Gesundheit zugrunde? Der Band bietet einen umfassenden Überblick über Theorien, Forschungsergebnisse und Implikationen für Politik und Praxis. Er führt in die aktuelle Diskussion soziologischer und gesundheitswissenschaftlicher Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheit ein, stellt innovative empirische Ergebnisse vor, diskutiert methodische Herausforderungen und zeigt Möglichkeiten auf, den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu verringern. Mit Beiträgen führender Sozial- und Gesundheitswissenschaftler aus dem Forschungsfeld stellt dieses Buch umfangreiche Informationen zum Verständnis und zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zur Verfügung." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Matthias Richter, Klaus Hurrelmann: Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen (11-32); Stefan Hradil: Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? (33-52); Johann Behrens: Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit (53-72); Monika Jungbauer-Gans, Christiane Gross: Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen (73-90); Gabriele Bolte, Martina Kohlhuber: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive (91-108); Richard Peter: Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? (109-124); Uwe Helmert, Friedrich Schorb: Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit (125-140); Christian Janßen, Kirstin Grosse Frie, Oliver Ommen: Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland (141-156); Johannes Siegrist, Nico Dragano, Olaf von dem Knesebeck: Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit (157-170); Nico Dragano, Johannes Siegrist: Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse (171-184); Thomas Abel, Andrea Abraham, Kathrin Sommerhalder: Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit (185-198); Thomas Lampert, Matthias Richter: Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen (199-220); Birgit Babitsch, Thomas Lampert, Stefan Müters, Matthias Morfeld: Ungleiche Gesundheitschancen bei Erwachsenen: Zusammenhänge und mögliche Erklärungsansätze (221-240); Olaf von dem Knesebeck, Ingmar Schafer: Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter (241-254); Oliver Razum: Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt (255-270); Birgit Babitsch: Die Kategorie Geschlecht: Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit (271-288); Waldemar Streich: Vulnerable Gruppen: Verwundbarkeit als

politik-sensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit (289-296); Thomas Lampert, Lars Kroll: Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialegpidemiologischen Studien (297-320); Michael Erhart, Nora Wille, Ulrike Ravens-Sieberer: Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen (321-338); Johannes Giesecke, Stefan Müters: Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile (339-352); Anton E. Kunst: Herausforderungen bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit in Europa: Ein Überblick aktueller Studien (353-370); Rolf Rosenbrock, Susanne Kümpers: Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (371-388); Thomas Altgeld: Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen (389-404); Wolfgang Diir, Kristina Fürth, Robert Griebler: Strategien der Schule zur Kompensation importierter und Reduktion intern erzeugter gesundheitlicher Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen (405-422); Frank Lehmann: Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland (423-438); Andreas Mielck: Quantitative Zielvorgaben zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Lernen von anderen westeuropäischen Staaten (439-452).

[47-CSA] Riva, Mylene; Curtis, Sarah:

**Health geographies II: complexity and health care systems and policy**, in: *Progress in Human Geography*, vol. 34, no. 4, pp. 513-520, 2010, ISSN: 0309-1325

**INHALT:** In this second of two progress reports on geographies of health, we continue a discussion framed from the perspective of complexity theory to consider research which is more particularly focused on health care and health policy. Using selected examples, we discuss how health care and policy have been influenced by ideas from complexity theory and consider the scope for more integrated health geography in future research. These studies illustrate changing perspectives in health geography on the integration of different parts of health systems and the implications for those who plan, deliver and receive health-related care and interventions. They show an increasingly sophisticated theorization of the ways in which understandings of 'therapeutic' settings are individually and socially constructed, and how to tackle issues of health inequality and achieve health improvement. These studies emphasize research which takes into account the dynamics of health care and health policy in time as well as space. A consideration of complexity theory raises questions about the potential for re-evaluating other theoretical frameworks and treating different theoretical perspectives as complementary rather than competing discourses. Adapted from the source document.

[48-CSA] Roberts, Robert E; Mansyur, Carol Leler; Amick, Benjamin C; Harrist, Ronald B; Franzini, Luisa:

**The Cultural Production of Health Inequalities: A Cross-Sectional, Multi-Level Examination of 52 Countries**, in: *International Journal of Health Services*, vol. 39, no. 2, pp. 301-319, 2009, ISSN: 0020-7314

**INHALT:** In a 2001 report, the U.S. National Institutes of Health called for more integration of the social sciences into health-related research, including research guided by theories and methods that take social and cultural systems into consideration. Based on a theoretical framework that integrates Hofstede's cultural dimensions with sociological theory, the authors used multilevel modeling to explore the association of culture with structural inequality and health disparities. Their results support the idea that cultural dimensions and social structure, along with economic development, may account for much of the cross-national variation in the distribution of health inequalities. Sensitivity tests also suggest that an interaction between culture and social structure may confound the relationship between income inequality and health. It is necessary to identify important cultural and social structural characteristics before we can achieve an understanding of the complex, dynamic systems that affect health, and develop culturally sensitive interventions and policies. This study takes a step toward identifying some of the relevant cultural and structural influences. More research is needed to explore the pathways leading from the sociocultural environment to health inequalities. Adapted from the source document.

[49-CSA] Sahrai, Diana; Bittlingmayer, Uwe H.; Bauer, Ullrich; Richter, Matthias:

**The Over- and Underestimation of Space in Public Health -- Reflections on the spatial dimension of health inequalities**, in: German Journal of Urban Studies, no. 2, 2009, ISSN: 1861-0145

**INHALT:** Space is considered an important aspect when it comes to the relationship between inequality and health in public health research. The authors examine this relationship from two spatial perspectives -- the settings approach and research into health inequalities. The settings approach focuses on life worlds and life spaces and their formability, whereas social epidemiological research on health inequality investigates the strong passive and active implications of space. The article gives a comparative account of the two dimensions and develops the thesis that the subjective appropriation and construction of space tends to be overestimated in the settings approach and underestimated by health inequality research. The authors plead for greater integration of the two. References. Adapted from the source document.

[50-L] Sahrai, Diana:

**Healthy Migrants oder besondere Risikogruppen: zur Schwierigkeit des Verhältnisses von Ethnizität, Migration, Sozialstruktur und Gesundheit**, in: Mel Bartley ; David Blane ; Wolfgang Hien ; Klaus Hurrelmann ; Petra Kolip ; Gopalakrishnan Netuveli ; Diana Sahrai ; Juliet Stone ; Michael Vester: Health Inequalities, Berlin: Argument-Verl., 2009, S. 70-94, ISBN: 978-3-88619-824-5

**INHALT:** Die Autorin möchte mit ihren Ausführungen verdeutlichen, wo genau die Probleme und Schwierigkeiten bei der Bestimmung migrationsspezifischer und gleichzeitig migrationsunspezifischer sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit liegen. Sie erläutert zunächst, welche Sozialstrukturmodelle im Allgemeinen zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit herangezogen werden und inwieweit diese auch für Migranten Geltung beanspruchen können. Im Anschluss daran benennt sie die Gründe, warum die soziale Schichtzugehörigkeit zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Migranten nicht ausreicht. In einem weiteren Abschnitt zeigt sie, dass Modelle, die gesundheitliche Ungleichheiten von Migranten ohne Berücksichtigung ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit nur auf Migrationseffekte und kulturelle Differenzen zurückführen, ebenfalls als Erklärung ungenügend sind. Die Autorin plädiert vor dem Hintergrund der Unzulänglichkeiten der dargestellten Modelle dafür, Migrationsforschung und Ethnizitätstheorie, Sozialepidemiologie und Ungleichheitsforschung im Kontext der Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten stärker integrativ miteinander zu verbinden. (ICI2)

[51-L] Schneider, Sven:

**Der Schichtgradient von Morbidität und Mortalität: Vorschlag für ein theoretisches Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit**, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie : Vierteljahresschrift der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, Jg. 33/2008, H. 1, S. 43-66 (Standort: USB Köln(38)-XH2528; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; [www.vsjournals.de/index.php;do=show\\_article/sid=4131509f25414d73384a0181344103a0/site=ozs/area=soz/id=6560](http://www.vsjournals.de/index.php;do=show_article/sid=4131509f25414d73384a0181344103a0/site=ozs/area=soz/id=6560))

**INHALT:** "In Österreich ist wie auch in vielen anderen westlichen Industrienationen eine paradoxe Entwicklung zu beobachten: Einerseits steigt die Lebenserwartung kontinuierlich an und es sinken für viele Diagnosegruppen Inzidenz und Prävalenz. Andererseits vergrößern sich gleichzeitig die schichtspezifischen Unterschiede in Morbidität und Mortalität. Ziel dieses Beitrages ist es, ein umfassendes theoretisches Modell zur Erklärung dieses sozialen Schichtgradienten zu entwickeln, welches den aktuellen Diskussionsstand zum Thema 'gesundheitliche Ungleichheit' aufgreift. Dabei werden Aspekte materieller Ungleichheit ebenso berücksichtigt wie sozial ungleich verteilte Arbeits- und Wohnbedingungen. Darüber hinaus wird die Bedeutung kulturellen Kapitals und schichtspezifischer Lebensstile expliziert. Nicht zuletzt finden auch psychosoziale und biologische Bedingungsfaktoren sowie potenzielle Selektionsprozesse Eingang in das Modell." (Autorenreferat)

[52-CSA] Schokkaert, Erik; Fleurbaey, Marc:

**Unfair inequalities in health and health care**, in: Journal of Health Economics, vol. 28, no. 1, pp. 73-90, 2009, ISSN: 0167-6296

**INHALT:** Inequalities in health and health care are caused by different factors. Measuring 'unfair' inequalities implies that a distinction is introduced between causal variables leading to ethically legitimate inequalities and causal variables leading to ethically illegitimate inequalities. An example of the former could be life-style choices, an example of the latter is social background. We show how to derive measures of unfair inequalities in health and in health care delivery from a structural model of health care and health production: 'direct unfairness', linked to the variations in medical expenditures and health in the hypothetical distribution in which all legitimate sources of variation are kept constant; 'fairness gap', linked to the differences between the actual distribution and the hypothetical distribution in which all illegitimate sources of variation have been removed. These two approaches are related to the theory of fair allocation. In general they lead to different results. We propose to analyse the resulting distributions with the traditional apparatus of Lorenz curves and inequality measures. We compare our proposal to the more common approach using concentration curves and analyse the relationship with the methods of direct and indirect standardization. We discuss how inequalities in health care can be integrated in an overall evaluation of social inequality. [Copyright Elsevier B.V.]

[53-L] Schott, Thomas; Kuntz, Benjamin:

**Sozialepidemiologie: über die Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft**, in: Thomas Schott ; Claudia Hornberg: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit : 20 Jahre Public Health in Deutschland ; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2011, S. 159-171, ISBN: 978-3-531-17581-2

**INHALT:** Der Beitrag zu den Gesundheitswissenschaften befasst sich mit dem Forschungsansatz der Sozialepidemiologie, deren vornehmlichen Aufgaben darin besteht, sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit aufzudecken und zu beschreiben, kausale Zusammenhänge zu erkennen und praktisch umsetzbare Konzepte zu deren Beseitigung zu entwickeln. Denn genauso berechtigt wie die Legitimationsfrage sind Fragen nach der Wissensbasis über die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und nach der Evidenzbasierung, z. B. von Präventionskampagnen. Die Darstellung der Sozialepidemiologie gliedert sich in folgende Punkte: (1) Definition und (2) Geschichte der Sozialepidemiologie, (3) die vertikalen (Bildung, Einkommen, Berufsstatus) und horizontalen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität usw.) Merkmale sozialer Ungleichheit, (4) Erklärungsansätze für den Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage sowie (5) das methodische Vorgehen. Gerade in den letzten Jahren hat die Sozialepidemiologie durch die Publikation aussagekräftiger Forschungsergebnisse die Diskussion um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten erneut entfacht und mit empirischem Material unterlegt. (ICG2)

[54-L] Schulze, Alexander:

**Die sozialwissenschaftliche Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten**, in: Gesellschaft Wirtschaft Politik : Sozialwissenschaften für politische Bildung, N. F., Jg. 57/2008, H. 2, S. 203-214 (Standort: UB Bonn(5)-Z62/84; USB Köln(38)-M XG00116; Kopie über den Literaturdienst erhältlich)

**INHALT:** "Gesundheitliche Unterschiede werden nicht nur durch genetische und andere biologische Dispositionen, sondern auch durch soziale, ökonomische und umweltbedingte Faktoren geprägt. Zudem prägt die Gesundheit Lebenschancen und Lebensrisiken, deren Untersuchung traditionell Gegenstand der Soziologie ist. Der Beitrag zeichnet Analyseverfahren und Schlussfolgerungen nach." (Autorenreferat)

[55-L] Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (Hrsg.):

**Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen**, (Gesundheitswissenschaften), Bern: Huber 2008, 320 S., ISBN: 978-3-456-84563-0 (Standort: UB Frankfurt am Main(30)-88/580/71)

**INHALT:** "Auch am Beginn des 21. Jahrhunderts bilden soziale Ungleichheiten von Gesundheit und Krankheit eines der zentralen gesundheitspolitischen Probleme moderner Gesellschaften. Ihre Erklärung ist allerdings vielschichtig. Das vorliegende Buch fasst nicht nur bisher vorhandenes Wissen zusammen, sondern zeigt vor allem neuartige Erklärungsansätze und daraus resultierende Folgerungen für die Gesundheitspolitik auf. Das Buch gibt die wesentlichen Ergebnisse einer mehrjährigen Forschungskoooperation international führender Experten wieder, die im Rahmen eines Programms der European Science Foundation erarbeitet wurden. Schwerpunkte der Analyse sind: Lebenslaufperspektive stresstheoretische Erklärungen einschließlich psychobiologischer Mechanismen makrososiale und systemvergleichende Untersuchungen." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Johannes Siegrist, Michael Marmot: Einleitung (15-44); Chris Power, Diana Kuh: Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf (45-76); Lisa Berkman, Maria Melchior: Ein Modell für zukünftige Entwicklungen - wie Sozialpolitik durch Beeinflussung von gesellschaftlicher Integration und Familienstruktur die Gesundheit fördert (77-98); Johannes Siegrist, Töres Theorell: Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung (99-130); Andrew Steptoe: Psychobiologische Prozesse als Bindeglieder zwischen sozialem Status und Gesundheit (131-162); Margareta Kristenson: Sozioökonomische Lage und Gesundheit - die Rolle des Bewältigungsverhaltens (163-194); Hans Bosma: Sozioökonomische Gesundheitsunterschiede und die Rolle der Kontrollüberzeugungen (195-212); Frank van Lenthe: Aggregierte Deprivation und ihre Folgen für die Gesundheit (213-244); Espen Dahl, Johan Fritzell, Eero Lahelma, Pekka Martikainen, Anton Kunst, Johan Mackenbach: Wohlfahrtsstaatssysteme und gesundheitliche Ungleichheiten (245-280); Johan Mackenbach: Sozioökonomische gesundheitliche Ungleichheiten in Westeuropa: Von der Beschreibung über die Erklärung zur Intervention (281-308).

[56-L] Siegrist, Johannes; Marmot, Michael:

**Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einleitung**, in: Johannes Siegrist (Hrsg.) ; Michael Marmot (Hrsg.) ; Anja Kauß (Übersetzer) ; Simone Weyers (Übersetzer): **Soziale Ungleichheit und Gesundheit : Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen**: Huber, 2008, S. 15-44, ISBN: 978-3-456-84563-0 (Standort: UB Frankfurt am Main(30)-88/580/71)

**INHALT:** Die Studien des vorliegenden Bandes betonen zum einen den hohen Stellenwert der frühen Lebensjahre und der Sozialisation für die Gesundheit im Erwachsenenalter und zeigen, wie die weiter differenzierten Konzepte des sogenannten "Latenz"-, "Kumulations"- und "Pfadmodells" zur verbesserten Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen können. Zum anderen belegen die Studien den wissenschaftlich gesicherten Zusammenhang zwischen einer ungünstigen psychosozialen Umwelt und einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung, wobei beide Bedingungen bei sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen häufiger gegeben sind. Dies wird im vorliegenden Band anhand von zwei wichtigen Bereichen des Alltagslebens verdeutlicht: den engen sozialen Beziehungen in Familie und Nachbarschaft sowie der Erwerbstätigkeit. Schließlich wird der Bezugsrahmen über den individuellen Bereich hinaus auf makrososiale Kontexte ausgeweitet, um gesundheitspolitische Schlussfolgerungen zu ziehen. Die Autoren stellen in ihrer Einleitung die einzelnen Beiträge kurz vor, die dem wissenschaftlichen Programm "Social Variations in Health Expectancy in Europe" der "European Science Foundation" (ESF) entstammen. Sie weisen abschließend auf drei Herausforderungen für die Gesundheitspolitik hin: auf die soziale Ungleichheit des Gesundheitszustandes älterer Bevölkerungsgruppen, auf den demographischen Alterungsprozess und auf die Förderung des Dialogs zwischen biomedizinischer Forschung und Public Health-Forschung. (ICI2)

[57-L] Siegrist, Johannes:

**Soziale Anerkennung und gesundheitliche Ungleichheit**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 220-235, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Der Verfasser untersucht die Ungleichheitsproblematik aus der ätiologischen Perspektive des Modells beruflicher Gratifikationskrisen. Seine Analyse zielt auf die Auswirkungen der arbeitsvertraglich geregelten Tauschverhältnisse von Leistung und Belohnung auf unterschiedliche Erkrankungen. Er zeigt, dass dabei inzwischen ein mannigfaltiges Bild internationaler Untersuchungen entstanden ist, die starken Hypothesen zur Wirkung mangelnder Anerkennung empirisch zu untermauern vermögen. Dabei wird die Stärke sozio-kultureller Erklärungsansätze verdeutlicht. Auf diese Weise wird ein Pfad sichtbar, der die Auswirkungen von Ressourcenungleichheiten verfolgt. (ICF2)

[58-CSA] Sternthal, Michelle; Williams, David R.:

**Understanding Racial-ethnic Disparities in Health: Sociological Contributions**, in: Journal of Health and Social Behavior, vol. 51, pp. S15-S27, 2010, ISSN: 0022-1465

**INHALT:** This article provides an overview of the contribution of sociologists to the study of racial and ethnic inequalities in health in the United States. It argues that sociologists have made four principal contributions. First, they have challenged and problematized the biological understanding of race. Second, they have emphasized the primacy of social structure and context as determinants of racial differences in disease. Third, they have contributed to our understanding of the multiple ways in which racism affects health. Finally, sociologists have enhanced our understanding of the ways in which migration history and status can affect health. Sociological insights on racial disparities in health have important implications for the development of effective approaches to improve health and reduce health inequities. Adapted from the source document.

[59-L] Sting, Stephan:

**Gesundheitliche Ungleichheit: zum Zusammenhang von Armutsgefährdung, sozialer Benachteiligung und Gesundheit**, in: Gerald Knapp (Hrsg.) ; Heinz Pichler (Hrsg.): Armut, Gesellschaft und soziale Arbeit : Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich, Klagenfurt: Hermagoras Verl., 2008, S. 419-439, ISBN: 978-3-7086-0362-9

**INHALT:** Trotz ungünstiger Datenlage gibt es klare Indizien dafür, dass in Österreich wie in anderen entwickelten Ländern in sozialepidemiologischer Sicht von einer kontinuierlichen Verknüpfung zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand ausgegangen werden muss. Zur Erklärung dieses Befundes kursieren unterschiedliche Hypothesen und Ursachentheorien (Selektionshypothese, Einfluss der sozioökonomischen Lebensbedingungen, Einfluss von Gesundheitsverhalten und Lebensstil, Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung, gesundheitliche Auswirkungen des sozial bedingten Kohärenzgefühls, Zusammenhang zwischen Einkommensverteilung und Gesundheitsstatus), die zu einem multiperspektivischen Ursachenkomplex zusammengefasst werden. Auf dieser Grundlage setzt sich der Beitrag schließlich mit Möglichkeiten und Ansätzen zur Bekämpfung der gesundheitlichen Benachteiligung von armutsgefährdeten Personen und zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit auseinander. (ICE2)

[60-L] Voigtländer, Sven; Berg-Beckdorf, Gabriele; Oliver Razum:

**Gesundheitliche Ungleichheit: der Beitrag kontextueller Merkmale**, (Challenges in Public Health, Bd. 55), Frankfurt am Main: P. Lang 2008, 109 S., ISBN: 978-3-631-57221-4

**INHALT:** Gegenstand der Untersuchung sind kontextuelle Merkmale zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit und daraus resultierende methodische Herausforderungen. Solche Merkmale wurden bislang in den Erklärungsmodellen nicht berücksichtigt. Ihre Berücksichtigung rückt sozioökonomische Unterschiede zwischen Regionen und demographische Indikatoren in den Blick. Die Verfasser



demonstrieren exemplarisch die Möglichkeiten und Grenzen der kleinräumigen Analyse unter Heranziehung kontextueller Merkmale. Als Beispiel dient die Untersuchung der regionalen Strukturschwäche und ihrer gesundheitlichen Auswirkungen in den neuen Bundesländern. Die Untersuchung zeigt einen Strukturstärkegradienten hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität. Methodisch betrachtet zeigt sie, dass Raumordnungsregionen als Analyseebene unzweckmäßig sind. Die Verfasser skizzieren abschließend Umrisse eines Forschungsprogramms zur Erforschung des Beitrags kontextueller Merkmale zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. (ICE2)

---

## 2 Surveys und Datenauswertungen

[61-L] Becker, Simone:

**Soziale Ungleichheiten und sportliche Betätigung 50-70 Jähriger: Sportaktivität in Deutschland im 10-Jahres-Vergleich**, in: Werner Sesselmeier (Hrsg.) ; Frank Schulz-Nieswandt (Hrsg.): Konstruktion von Sozialpolitik im Wandel : implizite normative Elemente, Leipzig: Duncker & Humblot, 2008, S. 191-214, ISBN: 978-3-428-12505-0

**INHALT:** Sportliche Aktivität gilt gemeinhin als die wissenschaftlich am besten dokumentierte Strategie zur Prävention sogenannter Zivilisationskrankheiten (wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Altersdiabetes) sowie orthopädischer Erkrankungen. Es wurde in zahlreichen Studien belegt, dass Sportaktivität altersbedingte Rückbildungsprozesse verzögert, zur Aufrechterhaltung der Mobilität beiträgt und dadurch das subjektive Wohlbefinden erhöht. Durch diese präventive Wirkungsweise kommt dem Sport als Präventionsstrategie auch in Zusammenhang mit den Bemühungen um Senkung der gesellschaftlichen Gesundheitskosten eine besondere Bedeutung zu. Gesundheitsökonomische Analysen zeigen ferner, dass die kostenreduzierenden Wirkungen sportlicher Betätigung die durch den Sport entstehenden Krankheitskosten weit übersteigen. Ziel der vorliegenden Studie ist es, vor dem Hintergrund des vielfach belegten gesundheitlichen Nutzens der sportlichen Aktivität einerseits die Entwicklung der sportlichen Betätigung über den Lebensverlauf darzustellen. Andererseits wird die Veränderung der Verbreitung des Freizeitsports in der Gruppe der 50-70-Jährigen für verschiedene Bevölkerungsgruppen über einen 10-Jahreszeitraum anhand von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) untersucht. Im Rahmen einer bi- und multivariaten Analyse werden darüber hinaus soziostrukturelle und weitere Einflussfaktoren in der Gruppe der 50-70-Jährigen ermittelt. (ICI2)

[62-F] Borchert, Lars, Dr.rer.pol. (Bearbeitung); Rothgang, Heinz, Prof.Dr.; Voges, Wolfgang, Prof.Dr. (Betreuung):

**Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen - eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität**

**INHALT:** Auf Basis von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung wurden in empirischen Längsschnittanalysen die Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität untersucht: Die Untersuchung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und dem Gesundheitsstatus hat in den letzten drei Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen. In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status weitaus größeren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken ausgesetzt sind, als Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status. Relativ unbeachtet blieben in diesem Rahmen jedoch die gesundheitlichen Ungleichheiten älterer Menschen - und dies, obwohl im Zuge der demografischen Alterung der Gesellschaft der Bezug auf ältere Menschen als immer wichtiger erscheint. Von daher ist bis lang auch nur wenig über die gesundheitlichen Risiken nach dem Übergang ins höhere Lebensalter und den Eintritt in den (Erwerbs-)Ruhestand bekannt. Die vorliegende Studie befasst sich daher explizit mit der gesundheitlichen Ungleichheit in dieser Lebensphase. Anhand von Kassendaten werden in ausführlicher Weise das Morbiditätsrisiko (Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen), das Pflegebedürftigkeitsrisiko sowie das Mortalitätsrisiko in einer Lebensverlaufsperspektive analysiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der verlaufsbezogenen Untersuchung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, einem Thema, zu dem bisher nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen. *ZEITRAUM:* 1.1.1990-31.12.2005 bzw. 1.1.1998-31.12.2005 *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Theorie: Grundlegende Theorien und Modelle zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und dem Gesundheitsstatus sowie generelles Erklärungsmodell zu gesundheitlichen Ungleichheiten auf der Basis der Theorie von Pierre Bourdieus. Methoden und Daten: Verlaufsdatenanalyse/ Ereignisanalysen von Krankenkassendaten (GKV-Routinedaten). Untersuchungsdesign: Trend, Zeitreihe *DATENGEWINNUNG:* Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: ca. 200.000; Krankenkassendaten/ GKV-Routinedaten; Auswahlverfahren: total).

**ART:** Dissertation *BEGINN:* 2004-10 *ENDE:* 2008-03 *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Wissenschaftler

**INSTITUTION:** Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik -ZeS- Abt. Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung (Postfach 330440, 28334 Bremen)

**KONTAKT:** Bearbeiter (Tel. 0421-218-4383, e-mail: borchert@zes.uni-bremen.de)

[63-L] Budowski, Monica; Masia, Maurizia; Tillmann, Robin:

**Psychological health: an analysis of the intersection of cumulative disadvantage and partnership events**, in: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, Vol. 35/2009, Iss. 2, S. 357-376 (Standort: USB Köln(38)-BP04865; Kopie über den Literaturdienst erhältlich)

**INHALT:** "Vor dem Hintergrund von Studien über soziale Ungleichheiten und Gesundheit sowie des Lebenslaufs wird in diesem Beitrag untersucht, inwiefern sich kumulierte Benachteiligungen und Partnerschaftsereignisse auf die psychische Gesundheit auswirken. Insgesamt zeigen die empirischen Analysen mit Daten des Schweizer Haushalt Panels (1999-2006), dass Partnerschaftsereignisse und soziale Umgebung bedeutend sind, um die kurzfristige Veränderung der psychischen Gesundheit zu erklären. Hingegen erweist sich der Einfluss von kumulativer Benachteiligung sowie aktueller sozialer und materieller Umgebung als relevant zur Erklärung der psychischen Gesundheit zu einem bestimmten Zeitpunkt." (Autorenreferat)

[64-L] Cambois, Emmanuelle; Laborde, Caroline; Romieu, Isabelle; Robine, Jean-Marie:

**Occupational inequalities in health expectancies in France in the early 2000s: unequal chances of reaching and living retirement in good health**, in: Demographic Research, Vol. 25/2011, S. 407-436 (dx.doi.org/10.4054/DemRes.2011.25.12)

**INHALT:** "Increasing life expectancy (LE) raises expectations for social participation at later ages. The authors computed health expectancies (HE) to assess the (un)equal chances of social/ work participation after age 50 in the context of France in 2003. They considered five HEs, covering various health situations which can jeopardize participation, and focused on both older ages and the pre-retirement period. HEs reveal large inequalities for both sexes in the chances of remaining healthy after retirement, and also of reaching retirement age in good health and without disability, especially in low-qualified occupations. These results challenge the policy expectation of an overall increase in social participation at later ages." (author's abstract)

[65-CSA] Emmelin, Maria; Eriksson, Malin; Ng, Nawi; Weinehall, Lars:

**The importance of gender and conceptualization for understanding the association between collective social capital and health: A multilevel analysis from northern Sweden**, in: Social Science & Medicine, vol. 73, no. 2, pp. 264-273, 2011, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** Growing research on social capital and health has fuelled the debate on whether there is a place effect on health. A central question is whether health inequality between places is due to differences in the composition of people living in these places (compositional effect) or differences in the local social and physical environments (contextual effects). Despite extensive use of multilevel approaches that allows controlling for whether the effects of collective social capital are confounded by access to social capital at the individual level, the picture remains unclear. Recent studies indicate that contextual effects on health may vary for different population subgroups and measuring 'average' contextual effects on health for a whole population might therefore be inappropriate. In this study from northern Sweden, we investigated the associations between collective social capital and self-rated health for men and women separately, to understand if health effects of collective social capital are gendered. Two measures of collective social capital were used: one conventional measure (aggregated measures of trust, participation and voting) and one specific place-related (neighbourhood) measure. The results show a positive association between collective social capital and self-rated health for women but not for men. Regardless of the measure used, women who live in very high social capital neighbourhoods are more likely to rate their health as good-fair, compared to women who live

in very low social capital neighbourhoods. The health effects of collective social capital might thus be gendered in favour for women. However, a more equal involvement of men and women in the domestic sphere would potentially benefit men in this matter. When controlling for socioeconomic, sociodemographic and social capital attributes at the individual level, the relationship between women's health and collective social capital remained statistically significant when using the neighbourhood-related measure but not when using the conventional measure. Our results support the view that a neighbourhood-related measure provides a clearer picture of the health effects of collective social capital, at least for women. [Copyright Elsevier Ltd.]

[66-CSA] Gerdtham, Ulf-G.; Petrie, Dennis; Allanson, Paul:

**Accounting for the dead in the longitudinal analysis of income-related health inequalities**, in: Journal of Health Economics, vol. 30, no. 5, pp. 1113-1123, 2011, ISSN: 0167-6296

**INHALT:** This paper develops an accounting framework to consider the effect of deaths on the longitudinal analysis of income-related health inequalities. Ignoring deaths or using Inverse Probability Weights (IPWs) to re-weight the sample for mortality-related attrition can produce misleading results. Incorporating deaths into the longitudinal analysis of income-related health inequalities provides a more complete picture in terms of the evaluation of health changes in respect to socioeconomic status. We illustrate our work by investigating health mobility from 1999 till 2004 using the British Household Panel Survey (BHPS). We show that for Scottish males explicitly accounting for the dead rather than using IPWs to account for mortality-related attrition changes the direction of the relationship between relative health changes and initial income position, from negative to positive, while for other groups it significantly increases the strength of the positive relationship. Incorporating the dead may be vital in the longitudinal analysis of health inequalities. [Copyright Elsevier B.V.]

[67-F] Geyer, Siegfried, Prof.Dr.; Peter, Richard, Prof.Dr.; Arnhold-Kerri, Sonja, Dipl.-Psych. (Bearbeitung):

### **Soziale Ungleichheit und Krankheit**

**INHALT:** Soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit treten in allen Gesellschaften und zu allen Epochen auf, für die Daten vorliegen. Für Deutschland ist die Datenlage eher schwach, insbesondere was manifeste Endpunkterkrankungen betrifft. Im Rahmen dieser Untersuchungen sollten gesundheitliche Ungleichheiten für eine deutsche Region anhand großer Datensätze untersucht werden. Über die Befunde zu gesundheitlichen Ungleichheiten hinaus sollte die relative Bedeutung der verwendeten Indikatoren sowie die Gestalt der Effekte untersucht werden. Insbesondere über den letzten Punkt sowie zu Ungleichheiten bei Krebserkrankungen gibt es auch in der internationalen Literatur nur wenige Befunde. Datenbasis waren die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse mit ca. 416.000 Versicherten über 9 Jahre, in einigen wenigen Fällen wurden Daten des Bundesgesundheits-surveys verwendet, um additive Effekte abzubilden.

**METHODE:** Gesundheitliche Ungleichheit; Sozialstrukturanalyse; Epidemiologie. Untersuchungsdesign: Trend, Zeitreihe **DATENGEWINNUNG:** Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: 416.000; Versicherte; Auswahlverfahren: total). Feldarbeit durch Mitarbeiter/-innen des Projekts.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Geyer, S.; Peter, R.: Occupational status and all-cause mortality: a study with health insurance data from Nordrhein-Westfalen, Germany. in: European Journal of Public Health, vol. 9, 1999, no. 2, pp. 114-118.+++Geyer, S.; Peter, R.: Income, social position, qualification and health inequalities-competing risks? in: Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 54, 2000, pp. 299-305.+++Geyer, S.; Haltenhof, H.; Peter, R.: Social inequality in the utilization of in- and outpatient treatment of non-psychotic/ non-organic disorders: a study with health insurance data. in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 36, 2001, pp. 373-380.+++Geyer, S.: Krankheit und soziale Ungleichheit: Untersuchungen mit Krankenkassendaten. in: Public Health Forum, vol. 9, 2001, no. 33, S. 6-7.+++Geyer, S.; Peter, R.; Siegrist, J.: Socioeconomic differences in children's and adolescents' hospital admissions in Germany: a report based on health insurance data on selected diagnostic categories. in: Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 56, 2002, no. 2, pp. 109-114.+++Geyer, S.; Peter, R.: Hospital admissions after transition into unemployment. in: Sozial- und Präventivmedizin, vol. 48, 2003, pp. 106-115.+++Geyer, S.; Aiach, P.: La rôle des

facteurs socio-économiques dans la manifestation et le déroulement des cancers. in: Aiach, P.; Marseille, M.; Theis, I. (eds.): Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique. Rennes 2004, pp. 148-158.+++Geyer, S.; Peter, R.; Nielsen, I.: Health inequalities in different age groups: the case of type 2-diabetes: a study with health insurance and medication data. in: Sozial- und Präventivmedizin, vol. 49, 2004, pp. 328-335.+++Geyer, S.; Hemström, Ö.; Peter, R.; Vagerö, D.: Education, income and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against an unquestioned practice. in: Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 60, 2006, pp. 804-810.+++Geyer, S.: Empirie und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Die Praxis empirischer Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten und ihre theoretischen Implikationen. in: Bauer, U.; Bittlingmayer, U.H.; Richter, M. (eds.): Health Inequalities- Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VAS- Verl. 2008, S. 124-142.+++Geyer, S.: Einzelindikator oder Index? Maße sozialer Differenzierung im Vergleich. in: Das Gesundheitswesen, vol. 70, 2008, S. 281-288.+++Geyer, S.: Social inequalities in the incidence and case- fatalities of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast. 2008. Cancer Causes and Control no. DOI: 10.1007/s10552-008-9162-5.+++Geyer, S.: Sozialstruktur und Krankheit: Analysen mit Daten der gesetzlichen Krankenversicherung. in: Bundesgesundheitsblatt, 2008 (im Druck).+++Geyer, S.: Ricerca empirica e spiegazione delle disuguaglianze sociali in rapporto alla salute e alla malattia: aspetti metodologici e teorici. in: Tonetti Bordogna, M. (ed.): Disuguaglianze di salute e immigrazione. Milano: Franco Angeli 2008, pp. 31-44.+++Peter, R.; Geyer, S.: Schul- und Berufsausbildung, Berufsstatus und Herzinfarkt - eine Studie mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. in: Das Gesundheitswesen, vol. 61, 1999, S. 20-26.+++Peter, R.; Yong, M.; Geyer, S.: Schul- und Berufsausbildung, beruflicher Status und ischämische Herzkrankheiten: eine prospektive Studie mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. in: Sozial- und Präventivmedizin, vol. 48, 2003, S. 44-54.++ +Peter, R.; Gässler, H.; Geyer, S.: Socioeconomic status, status inconsistency and risk of ischaemic heart disease. A prospective study among members of a statutory health insurance company. in: Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 61, 2007, pp. 605-611. *ARBEITSPAPIERE*: Endbericht aller Analysen an die AOK-Regionaldirektion Mettmann kann ab Ende Januar 2009 von der Homepage der Medizinsoziologie heruntergeladen werden.

**ART:** Eigenprojekt *BEGINN*: 1997-01 *ENDE*: 2009-03 *AUFTRAGGEBER*: nein *FINANZIERER*: Institution

**INSTITUTION:** Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für öffentliche Gesundheitspflege, Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Soziologie (Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover); Universität Ulm, Medizinische Fakultät, Institut für Epidemiologie Arbeitsgruppe Medizinische Soziologie (Helmholtzstr. 22, 89081 Ulm)

**KONTAKT:** Geyer, Siegfried (Prof.Dr. Tel. 0511-532-5579, e-mail: geyer.siegfried@mh-hannover.de)

[68-L] Geyer, Siegfried; Norozi, Kambiz; Wessel, Armin; Buchhorn, Reiner; Zoege, Monika:

**Lebenschancen nach der Operation angeborener Herzfehler: kann die medizinische Versorgung zur Reduzierung gesundheitlich determinierter sozialer Ungleichheit beitragen?**, in: Karin Tiesmeyer (Hrsg.); Michaela Brause (Hrsg.); Meike Lierse (Hrsg.); Martina Lukas-Nülle (Hrsg.); Thomas Hehlmann (Hrsg.): Der blinde Fleck : Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung: Huber, 2008, S. 77-89, ISBN: 978-3-456-84493-0 (Standort: UB Siegen(467)-31/ORZ/2790)

**INHALT:** Die Verfasser legen Ergebnisse einer empirischen Studie (n=698) zu den Lebenschancen von Patienten mit angeborenen Herzfehlern vor. Im Mittelpunkt stehen drei Fragen: (1) Welche beruflichen Chancen haben Männer und Frauen mit operierten angeborenen Herzfehlern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung? (2) Welches sind die langzeitlichen Lebenschancen von Männern und Frauen mit operierten angeborenen Herzfehlern hinsichtlich intergenerationaler Mobilität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung? (3) Wie sind psychische Belastungen unter dem Blickwinkel der betrachteten Lebenschancen zu beurteilen? Die Studie zeigt, dass sich die beruflichen Lebenschancen von Patienten und Patientinnen mit angeborenen Herzfehlern über die mit der Studie abgedeckte Lebensspanne nicht von denen der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. (ICE2)

[69-L] Habl, Claudia:

**Gesundheit und soziale Ungleichheit**, in: Nikolaus Dimmel (Hrsg.) ; Karin Heitzmann (Hrsg.) ; Martin Schenk (Hrsg.): Handbuch Armut in Österreich: Studien-Verl., 2009, S. 172-183, ISBN: 978-3-7065-4482-5

**INHALT:** In diesem Beitrag werden Morbiditäts- und Mortalitätskennziffern (Daten zur Sterblichkeit und zum Erkrankungsrisiko) für Österreich dargestellt (Krebserkrankungen, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, Gesundheitsverhalten), wobei auch physische und psychische Einschränkungen thematisiert werden. Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, wie sich soziale Unterschiede auf das Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung und auf die Inanspruchnahme von Leistungen auswirken. Es wird gezeigt, dass arme und sozial ausgegrenzte Menschen am stärksten von gesundheitlichen Benachteiligungen und chronischen Erkrankungen betroffen sind. Der effizienteste und effektivste Lösungsansatz ist daher, die soziale Ausgrenzung von armen Menschen zu reduzieren. (ICE2)

[70-CSA] Hoque, Nazrul; Swanson, David A.; McGehee, Mary A.:

**Socio-Economic Status and Life Expectancy in the United States, 1970-1990**, in: Population Review, vol. 48, no. 1, 2009, ISSN: 0032-471X

**INHALT:** The relationship between socio-economic status (SES) and life expectancy for 1970 and 1990 is examined in eight states randomly selected from each of eight of the nine census divisions in the United States. High SES populations in seven of the eight states gained additional life expectancy over low SES populations between 1970 and 1990. In the remaining state, the gap between high and low SES populations found in 1970 narrowed by 1990, but did not disappear. The findings have implications for the study of social inequality and its relationship to health outcomes. They also suggest that the United States is unlikely to meet one of two key national health policy goals, the elimination of health disparities by 2010. Adapted from the source document.

[71-CSA] Khaw, K-T; McFadden, E.; Luben, R.; Bingham, S.; Wareham, N.; Kinmonth, A-L:

**Does the association between self-rated health and mortality vary by social class?**, in: Social Science & Medicine, vol. 68, no. 2, pp. 275-280, 2009, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** Self-rated health (SRH) predicts future mortality. Individuals in different social classes with similar physical health status may have different reference levels and criteria against which they judge their health, therefore the SRH-mortality relationship may vary according to social class. We examine the relationship between SRH and mortality by occupational social class in a prospective study of 22,457 men and women aged 39-79 years, without prevalent disease, living in the general community in Norfolk, United Kingdom, recruited using general practice age-sex registers in 1993-1997 and followed up for an average of 10 years. As expected, SRH was related to subsequent mortality. The age and sex adjusted hazard ratio for mortality for those with poor compared to those with excellent SRH was 4.35 (95% confidence interval 3.38-5.59,  $P < 0.001$ ). The prevalence of poor or moderate SRH was higher in manual than in non-manual classes. However, SRH was similarly related to mortality in manual and non-manual classes: when non-manual classes are compared with manual classes for each category of SRH, the 95% confidence intervals for the mortality hazard ratios overlap. There was no evidence of an interaction between social class and SRH in either men or women. Thus in this population, SRH appears to predict mortality in a similar manner in non-manual and manual classes. [Copyright Elsevier Ltd.]

[72-L] Klotz, Johannes; Doblhammer, Gabriele:

**Trends in educational mortality differentials in Austria between 1981/82 and 2001/2002: a study based on a linkage of census data and death certificates**, in: Demographic Research, Vol. 19/2008, S. 1759-1780 ([www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/51/19-51.pdf](http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/51/19-51.pdf))

**INHALT:** "Background: Many studies for European populations found an increase in socio-economic mortality differentials during the last decades of the 20th century, at least in relative terms. The aim of the paper is to explore the situation in Austria, for a wide age range, over a period of 20 years. Methods: Based on a linkage of census information and death certificates, the authors computed age and education specific death rates. They calculate life expectancies at age 35 by educational level as well as regression-based measures of absolute (SII) and relative (RII) inequality, for the periods 1981/82, 1991/92, and 2001/2002. Results: Life expectancy increased faster for the higher educated in the 1980s, whereas this trend reversed in the following decade. For males at working ages an increase in relative mortality differentials was observed during the 1980s. Absolute mortality differentials decreased among elderly females in the 1990s, particularly for circulatory disease mortality. Altogether the educational pattern of mortality was rather stable in Austria at the end of the 20th century. Conclusions: Compared with results from other countries, trends in educational mortality differentials seem to be rather favourable in Austria in the 1990s. A stable health care system, the healthy migrant effect, and relatively low unemployment rates may have contributed to stable mortality differentials. However, an important explanation is also the inclusion of higher ages in the study " (author's abstract)

[73-F] Knesebeck, Olaf von dem, Prof.Dr. (Leitung):

#### **Gesundheitliche Ungleichheiten und soziale Beziehungen**

**INHALT:** Ziel des Projektes ist die Analyse des Zusammenhanges zwischen sozialer Ungleichheit, sozialen Beziehungen und Gesundheit basierend auf Längsschnitt- und Querschnittsdaten aus zwei großen deutschen Studien (Study of Health in Pomerania (SHIP) und Heinz Nixdorf Risk Factors, Evaluation of Coronary Calcification and Lifestyle (Recall) Study). Im einzelnen wird untersucht, (1) inwieweit es einen Zusammenhang gibt zwischen sozialer Ungleichheit und sozialen Beziehungen, (2) inwieweit der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit vermittelt wird durch soziale Beziehungen und (3) ob der Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit in niedrigen sozialen Schichten stärker ist als in höheren. Da in beiden Studien verschiedene Indikatoren für soziale Ungleichheit (Einkommen, Bildung, berufliche Position), soziale Beziehungen (z.B. soziale Kontakte, soziale Unterstützung) und Gesundheit (z.B. subjektive Gesundheit, chronische Erkrankungen, Lebensqualität, depressive Symptome) erfasst wurden, können Unterschiede in der Stärke der oben genannten Zusammenhänge analysiert werden. Auch Unterschiede zwischen zwei deutschen Regionen (Nordrhein Westfalen und Mecklenburg Vorpommern) sollen untersucht werden. *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Nordrhein Westfalen und Mecklenburg Vorpommern

**ART:** gefördert *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Deutsche Forschungsgemeinschaft

**INSTITUTION:** Universität Hamburg, Fak. für Medizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie -IMSG- (Martinistr. 52, 20246 Hamburg)

[74-L] König, Claudia:

**Gesundheit im Sozialgefüge: soziale Ungleichheit, soziale Rollen und Gesundheit in der Schweiz, 1992 und 2002 im Vergleich**, Zürich 2008, 194 S. (Graue Literatur;

[opac.nebis.ch/F/CTQQKY7KDJ5UGE7CSD5N2R56Q4GCC3Q9CALD9EAH9GJP3VJC-57068?func=full-set-set&set\\_number=028975&set\\_entry=000002&format=999](http://opac.nebis.ch/F/CTQQKY7KDJ5UGE7CSD5N2R56Q4GCC3Q9CALD9EAH9GJP3VJC-57068?func=full-set-set&set_number=028975&set_entry=000002&format=999))

**INHALT:** "Problem- und Fragestellungen: Chancengleichheit ist sowohl ein Wettbewerbsprinzip als auch Grundrecht: 1. Besteht in der Schweiz Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit? 2. Wie charakterisieren sich Personen mit systematischer gesundheitlicher Benachteiligung? 3. Vermag die Rollentheorie die Ungleichheitsstruktur von Gesundheit zu erfassen und beschreiben? 4. Wie wirken sich verschiedene Rollenkonfigurationen auf die Gesundheit aus? 5. Hat sich das Muster gesundheitlicher Benachteiligungen zwischen 1992/93 und 2002 verändert? Methodik: Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung von 1992/93 (n=8.032) und 2002 (n=10.959), Frauen und Männer zwischen 30 und 59 Jahren; Operationalisierungen: Gesundheit: selbstwahrgenommener Gesundheitszustand, körperliche Beschwerden in Abwesenheit von Fieber), Index für psychisches Wohlbefinden und Rauchverhalten; sozioökonomischer Statuts: Bildung, Haushaltsäquivalenzeinkommen und sozioprofession-

nelle Kategorie; Rollenkonfigurationen: Berufs-, Partner- und Elternrolle; bivariate Modelle und logistische Regressionen mit Interaktionen. Ergebnisse: In der Schweiz hängt gute Gesundheit mit höherem sozioökonomischem Status zusammen. Rollenkonfigurationen vermögen das Schätzmodell stark zu verbessern. Schlussfolgerungen: Garantierter Zugang zur Gesundheitsversorgung führt nicht automatisch zu gesundheitlicher Chancengleichheit. Es braucht spezifische politische Maßnahmen um die relative Benachteiligung sozial Schwächerer zu dämpfen und beheben." (Autorenreferat)

[75-L] Kravdal, Oystein:

**Does income inequality really influence individual mortality?: results from a 'fixed-effects analysis' where constant unobserved municipality characteristics are controlled**, in: Demographic Research, Vol. 18/2008, Art. 7, S. 205-232 ([www.demographic-research.org/volumes/vol18/7/18-7.pdf](http://www.demographic-research.org/volumes/vol18/7/18-7.pdf))

**INHALT:** "There is still much uncertainty about the impact of income inequality on health and mortality. Some studies have supported the original hypothesis about adverse effects, while others have shown no effects. One problem in these investigations is that there are many factors that may affect both income inequality and individual mortality but that cannot be adequately controlled for. The longitudinal Norwegian register data available for this study allowed municipality dummies to be included in the models to pick up time-invariant unobserved factors at that level. The results were compared with those from similar models without such dummies. The focus was on mortality in men and women aged 30-79 in the years 1980-2002, and the data included about 500000 deaths within 50 million person-years of exposure. While the models without municipality dummies suggested that income inequality in the municipality of residence, as measured by the Gini coefficient, had an adverse effect on mortality net of individual income, the results from the models that included such dummies were more mixed. Adverse effects appeared among the youngest, while among older men, there even seemed to be beneficial effects. In addition to illustrating the potential importance of controlling for unobserved factors by adding community dummies (doing a 'fixed-effects analysis' according to common terminology in econometrics), the findings should add to the scepticism about the existence of harmful health effects of income inequality, at least in the Nordic context." (author's abstract)

[76-L] Kroll, Lars Eric; Lampert, Thomas:

**Zunehmende Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand zwischen den Einkommensschichten: Analysen zu einem Aspekt der gesundheitlichen Ungleichheit**, in: Informationsdienst Soziale Indikatoren : ISI ; Sozialberichterstattung, gesellschaftliche Trends, aktuelle Informationen ; eine GESIS-Publikation, 2010, Ausg. 43, S. 5-8 ([nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-216402](http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-216402))

**INHALT:** "Soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung werden in den letzten Jahren verstärkt diskutiert. Ungeachtet eines hohen allgemeinen Wohlstandsniveaus und einer gut ausgebauten medizinischen Versorgung der Bevölkerungen bestehen in den meisten europäischen Wohlfahrtsstaaten weiterhin ausgeprägte, sozial strukturierte Ungleichheiten in der Gesundheit und Lebenserwartung (Mackenbach 2006, Mielck 2005). Bisher gibt es allerdings nur wenige Studien, die Aussagen zur Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten zulassen. Im vorliegenden Beitrag wird auf Basis der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP 1994-2007) für Deutschland untersucht, ob sich soziale Ungleichheiten in der Gesundheit ausgeweitet haben." (Autorenreferat)

[77-F] Kurth, Bärbel-Maria, Dr.; Scheidt-Nave, Christa, Dr.; Kamtsiuris, Panagiotis (Bearbeitung):  
**Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)**

**INHALT:** Mit der Studie setzt das Robert Koch-Institut den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) fort. Ziel von DEGS ist es, 10 Jahre nach dem BGS98 erneut bundesweit repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zur Versorgung sowie zu den Lebensbedingungen der in Deutschland lebenden Erwachsenen ab 18 Jahren zu erheben. Die Daten ermöglichen aktuelle Aussagen zu den wichtigsten "Volkskrankheiten", gesundheitlichen Risikofaktoren und Versorgungsproblemen. Der Vergleich der aktuellen Daten mit den Ergebnissen des BGS98 wird zu-



dem Informationen zu zeitlichen Veränderungen liefern. Da die ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys erneut einbezogen werden, wird es weiterhin möglich sein, kausale Zusammenhänge bzw. zeitliche Abfolgen von gesundheitlichen Risiken und gesundheitlichen Problemen (z.B. Krankheiten, Pflegebedürftigkeit) zu ermitteln. Außerdem können mit Hilfe der längsschnittlichen Daten typische Gesundheitsverläufe beschrieben werden. Die Datenerhebungen erfolgen von November 2008 bis November 2011 in insgesamt 180 Städten und Gemeinden in ganz Deutschland - darunter sind auch die 120 Untersuchungsorte, die bereits beim Bundes-Gesundheitssurvey dabei waren. *ZEITRAUM*: 2008-2011 *GEOGRAPHISCHER RAUM*: Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Zielpopulation sind die in Deutschland aktuell lebenden und in den Einwohnermeldeämtern mit Hauptwohnsitz gemeldeten Erwachsenen. Die Erhebung soll zehn Jahre nach dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS 98) erneut bundesweit gültige Untersuchungs- und Befragungsdaten zur gesundheitlichen Situation der erwachsenen Bevölkerung liefern. Untersuchungsdesign: Panel *DATENGewinnung*: Standardisierte Befragung, face to face (Stichprobe: 7.500; in Deutschland lebende Erwachsene; Auswahlverfahren: Einwohnermeldeamtstichprobe). Feldarbeit durch Mitarbeiter/-innen des Projekts.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** DEGS Projektbeschreibung. Siehe unter [www.rki.de/cln\\_116/nn\\_1335824/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/degs\\_projektbeschr.html?\\_\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_116/nn_1335824/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/degs_projektbeschr.html?__nnn=true).

**ART:** gefördert *BEGINN*: 2008-10 *ENDE*: 2012-09 *AUFTRAGGEBER*: keine Angabe *FINANZIERER*: Bundesministerium für Gesundheit

**INSTITUTION:** Robert Koch Institut Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung (Postfach 650261, 13302 Berlin)

**KONTAKT:** Kamtsiuris, Panagiotis (e-mail: KamtsiurisP@rki.de)

[78-F] Kurth, Bärbel-Maria, Dr.; Schlaud, Martin, PD Dr.; Hölling, Heike (Bearbeitung):

**Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Welle 1 (KiGGS)**

**INHALT:** Mit "KiGGS Welle 1" setzt das Robert Koch-Institut die KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) fort. Die Datenerhebungen erfolgen diesmal als Telefoninterviews und werden erneut in den 167 Studienorten der KiGGS-Basiserhebung durchgeführt. Sofern sie einer wiederholten Kontaktierung zugestimmt hatten, erhalten sämtliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer der KiGGS-Basiserhebung, die inzwischen 6 bis 24 Jahre alt sind, erneut eine Einladung. Zusätzlich werden Adressen von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren neu aus den Einwohnermelderegistern der Studienorte ausgewählt, und deren Eltern erstmals zur Teilnahme eingeladen. Es ist geplant, innerhalb der drei Studienjahre etwa 24.000 Interviews zu führen. Die telefonischen Befragungen werden von speziell geschulten Interviewerinnen und Interviewern vom Telefonstudio des Robert Koch-Instituts aus geführt. Befragt werden die Eltern der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen. Weiterhin wird die Gruppe der 11-17-jährigen Kinder und Jugendlichen parallel selbst befragt. Probanden, die inzwischen erwachsen sind (18-24 Jahre), werden ausschließlich selbst befragt. Die Inhalte der Befragung orientieren sich an der KiGGS-Basiserhebung und umfassen Aspekte körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit. Ziel der Studie ist es, abermals aktuelle und bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren zu erheben. Der Vergleich der damaligen und der aktuellen Querschnittsdaten erlaubt Trendaussagen zur Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland insgesamt. Durch die erneute Beteiligung der ehemaligen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sollen darüber hinaus Informationen gewonnen werden, die Aussagen über zeitliche Verläufe unterschiedlicher Parameter der Gesundheit sowie über den Einfluss von Lebensumfeld, Gesundheitsverhalten oder sozialer Rahmenbedingungen erlauben. Wie schon bei der KiGGS-Basiserhebung, wird die Kern-Studie auch diesmal durch modulare Zusatzstudien ergänzt, die spezielle Fragestellungen vertiefend untersuchen. Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts ist eine Fortsetzung von KiGGS als Langzeitstudie und die Durchführung weiterer Folgestudien vorgesehen. Der zusätzlich zur KiGGS-Basiserhebung geplante längsschnittliche Beobachtungszeitraum erstreckt sich insgesamt auf vorerst etwa 15 Jahre. *ZEITRAUM*: 2009-2012 *GEOGRAPHISCHER RAUM*: Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Mit KiGGS Welle 1 sollen durch die wiederholte Befragung der Eltern/ Probanden, die bereits an der Basiserhebung teilgenommen hatten, sowie unter Einbeziehung der Daten aus der Basiserhebung, Analysen zur gesundheitlichen Entwicklung der inzwischen 6 bis 24 Jahre alten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermöglicht werden. Hierbei interessieren insbesondere die Lebensphasenübergänge vom Kindes- ins Jugendalter und vom Jugend- ins Erwachsenenalter sowie die Ursachen und Bedingungen gesundheitlicher Veränderungen. Weiterhin soll KiGGS Welle 1 erneut aktuelle, bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren liefern, um verlässliche Trend-Aussagen zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland treffen zu können. Untersuchungsdesign: Panel *DATENGEWINNUNG*: Standardisierte Befragung, telefonisch (Stichprobe: 20.000; repräsentativ für Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren, die in Deutschland gemeldet sind). Feldarbeit durch Mitarbeiter/-innen des Projekts.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Siehe unter [www.rki.de/cln\\_116/nn\\_197060/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Kiggs/kiggswelle1\\_\\_Inhalt.html?\\_\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_116/nn_197060/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Kiggs/kiggswelle1__Inhalt.html?__nnn=true).

**ART:** gefördert *BEGINN*: 2009-06 *ENDE*: 2013-06 *AUFTRAGGEBER*: keine Angabe *FINANZIERER*: Bundesministerium für Gesundheit

**INSTITUTION:** Robert Koch Institut Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung (Postfach 650261, 13302 Berlin)

**KONTAKT:** Hölling, Heike (e-mail: [HoellingH@rki.de](mailto:HoellingH@rki.de))

[79-F] Lampert, Thomas, Dr.; Jacobi, Frank, Dr.rer.nat.habil.; Hurrelmann, Klaus, Prof.Dr.; Richter, Matthias; Voges, Wolfgang, Prof.Dr.; Helmert, Uwe, Prof.Dr.; Timm, Andreas, Dr.; Müller, Rolf, Dr.rer.pol.; Wagner, Gert G., Prof.Dr.; Krause, Peter, Dr. (Bearbeitung):

#### **Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit**

**INHALT:** Hintergrund: Im Zusammenhang mit dem Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung hat das Robert Koch-Institut den Auftrag erhalten, eine Expertise zu erstellen, die sich auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung bezieht und Verbindungen zu anderen Aspekten der Lebenslage, z.B. Einkommen, Arbeit, Bildung, Familie oder Wohnen, aufzeigt. Zielsetzung: In der ersten Projektphase (Mai 2004 - Oktober 2004) werden empirische Analysen zum Zusammenhang von Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland durchgeführt und dazu auf aktuelle Datengrundlagen zurückgegriffen. Fragestellungen: 1. Wie lassen sich Ausmaß, Erscheinungsbild und zeitliche Trends der sozial ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken charakterisieren? 2. Welche Bevölkerungsgruppen sind mit Blick auf ihre soziale und gesundheitliche Situation besonders benachteiligt? 3. Inwieweit können die beobachteten gesundheitsbezogenen Problemlagen und Verteilungsungleichheiten erklärt werden? 4. Lassen sich Anknüpfungspunkte für gesundheitspolitische Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Chancenungleichheit ableiten? Ergebnisse: Ähnlich wie bei körperlichen Erkrankungen lässt sich bei vielen psychischen Störungen ein Gradient bezüglich sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung ausmachen. Insbesondere bei Komorbidität bzw. Multimorbidität besteht ein deutlicher Zusammenhang zu niedrigem sozialen Status (Einkommen, Bildung, Berufstätigkeit), der meist bei Männern deutlicher ausgeprägt ist als bei Frauen. Hochrisikogruppen sind unter anderem Arbeitslose und allein erziehende Frauen. Ausblick: Weitere Analysen sind notwendig, um sich der Frage der Wirkungsweise bei den gefundenen Zusammenhängen zu nähern, denn sowohl ein Einfluss von sozialem Stress und prekären Lebenslagen auf die Entwicklung psychischer Störungen als auch der Einfluss von psychischen Störungen auf die soziale Lage (sozialer Abstieg oder Nicht-Aufstieg) sind plausibel. Ebenso werden im Rahmen dieses Projekts weitere geschlechts- und alters- bzw. kohortenspezifische Effekte untersucht. Neben vertiefenden Analysen werden in der zweiten Projektphase Vorschläge für die perspektivische Armuts- und Reichtumsberichterstattung gemacht, die u.a. die Neuerschließung von Datengrundlagen, die Generierung aussagekräftiger Gesundheitsindikatoren sowie die Formulierung von Auswertungs- und Berichtsstrategien betreffen. Ausgangs- und Bezugspunkt ist dabei jeweils die Frage, wie Gesundheit konzeptionell zu fassen und zu operationalisieren ist, wenn sie als Aspekt der Lebenslage unter dem Gesichtspunkt von Armut und sozialer Ungleichheit betrachtet werden soll. Die Ergebnisse des Projektes werden bereits in den zweiten Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung einfließen. Außerdem werden sie Eingang in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes finden und damit einen Beitrag zur engeren Verzahnung beider Berichtssysteme leisten.

**METHODE:** Für die statistischen Analysen wird auf die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes zurückgegriffen, die Aussagen über spezifische Krankheitsbilder, Beschwerden, Schmerzen oder Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erlauben. Zuletzt wurden der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 und die Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 und 2004 durchgeführt. Zeitliche Trends lassen sich durch Verknüpfung mit den vorgängigen Nationalen Gesundheitssurveys 1984/86, 1986/87 und 1990/91 sowie dem Gesundheitssurvey Ost 1991/92 nachzeichnen. Einbezogen werden außerdem der Lebenserwartungssurvey 1984-1998 des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung sowie die Datenbestände der Gmünder Ersatzkasse, zumal sich über diese längsschnittliche Auswertungsmöglichkeiten ergeben. Sozialwissenschaftliche Erhebungen wie das Sozioökonomische Panel und der Mikrozensus enthalten zwar vergleichsweise wenige Angaben zur Gesundheit, diese können aber mit Blick auf die anderen Aspekte der Lebenslage sehr differenziert dargestellt werden. Anhand des Sozioökonomischen Panels lassen sich darüber hinaus Verlaufsanalysen durchführen und z.B. Zusammenhänge zwischen Bildungs- oder Erwerbskarrieren und Veränderungen im Gesundheitsstatus aufzeigen.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Siehe unter: [www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/projekte/agl\\_p5\\_ger.html](http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/projekte/agl_p5_ger.html).

**ART:** Eigenprojekt; gefördert *BEGINN:* 2004-05 *ENDE:* 2006-12 *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

**INSTITUTION:** Technische Universität Dresden, Fak. Mathematik und Naturwissenschaften, Fachrichtung Psychologie Institut für Klinische, Diagnostische und Differentielle Psychologie Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie (Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresden); Universität Bielefeld, Fak. für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 04 Prävention und Gesundheitsförderung (Postfach 100131, 33501 Bielefeld); Robert Koch Institut (Postfach 650261, 13302 Berlin); Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik -ZeS- Abt. Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung (Postfach 330440, 28334 Bremen); Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung -DIW Berlin- Abt. Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel -SOEP- (10108 Berlin)

**KONTAKT:** Jacobi, Frank (Dr. Tel. 0351-463-36969, Fax: 0351-463-36984, e-mail: [jacobi@psychologie.tu-dresden.de](mailto:jacobi@psychologie.tu-dresden.de))

[80-L] Lampert, Thomas; Mensink, Gert; Hölling, Heike; Kurth, Bärbel-Maria:

**Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts als Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung**, in: Horst Hackauf (Hrsg.) ; Monika Jungbauer-Gans (Hrsg.):

Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen : gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 15-39, ISBN: 978-3-531-15330-8

**INHALT:** Am Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) haben zwischen Mai 2003 und Mai 2006 17641 Mädchen und Jungen im Alter zwischen 0 und 17 Jahren sowie deren Eltern teilgenommen. Der Beitrag diskutiert Ergebnisse des Surveys in Bezug auf drei Gesundheitsziele: (1) Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen, Reduzierung von Fehlernährung; (2) Steigerung von Bewegung und körperlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen, Reduzierung von Bewegungsmangel; (3) Stärkung der Fähigkeit zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen, Reduzierung von Stressoren. Mit der KiGGS-Studie steht eine Datenbasis zur Verfügung, die eine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen Situation der heranwachsenden Generation in Deutschland erlaubt. Die Daten liefern zahlreiche Belege für die sozial ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen der heranwachsenden Generation. (ICE2)

[81-L] Lampert, Thomas; Saß, Anke-Christine:

**Datengrundlagen für Analysen zur sozialen Ungleichheit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland**, in: Karin Tiesmeyer (Hrsg.) ; Michaela Brause (Hrsg.) ; Meike Lierse (Hrsg.) ; Martina Lukas-Nülle (Hrsg.) ; Thomas Hehlmann (Hrsg.): Der blinde Fleck : Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung: Huber, 2008, S. 53-76, ISBN: 978-3-456-84493-0 (Standort: UB Siegen(467)-31/ORZ/2790)

**INHALT:** Der Beitrag befasst sich mit der Frage, in wie weit die in Deutschland für Analysen der gesundheitlichen Ungleichheit herangezogenen Datengrundlagen auch Aussagen über soziale Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung erlauben. Betrachtet werden in erster Linie bevölkerungsrepräsentative Erhebungen zur Gesundheit: die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, die MONICA/KORA-Surveys, der Bertelsmann-Gesundheitsmonitor, die HBSC-Studie, der Alterssurvey, die Datenbestände der Gmünder Ersatzkasse, das Sozioökonomische Panel, der Mikrozensus und die Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen. Nach Einschätzung der Verfasser wird das Potenzial dieser leicht zugänglichen Studien für Analysen der sozialen Ungleichheit im Versorgungsgeschehen bei Weitem nicht ausgeschöpft. (ICE2)

[82-L] Lampert, Thomas:

**Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)**, in: Karin Tiesmeyer (Hrsg.) ; Michaela Brause (Hrsg.) ; Meike Lierse (Hrsg.) ; Martina Lukas-Nülle (Hrsg.) ; Thomas Hehlmann (Hrsg.): Der blinde Fleck : Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung: Huber, 2008, S. 109-125, ISBN: 978-3-456-84493-0 (Standort: UB Siegen(467)-31/ORZ/2790)

**INHALT:** Der Beitrag stellt Design, Methodik und Ergebnisse der KiGGS-Studie vor, an der zwischen Mai 2003 und Mai 2006 insgesamt 17641 Kinder zwischen 0 und 17 Jahren sowie deren Eltern teilnahmen. Behandelt werden allgemeiner Gesundheitszustand, psychische Auffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, Übergewicht und Adipositas, Sport und Bewegung, Rauchen und Passivrauchbelastung sowie die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen. Die Ergebnisse unterstreichen, dass der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst. Je höher der soziale Status ist, desto besser sind allerdings die Aussichten, gesund aufzuwachsen. (ICE2)

[83-F] Lange, Cornelia, Dr. (Bearbeitung):

**Gesundheit in Deutschland aktuell 2010 (GEDA 2010)**

**INHALT:** Die Ergebnisse der telefonischen Gesundheitsstudie GEDA 2010 sollen der Gesundheitsberichterstattung, der Gesundheitspolitik, der Gesundheitsforschung und der interessierten Öffentlichkeit dienen und aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der erwachsenen Menschen liefern. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die erwachsene, deutschsprachige Wohnbevölkerung. Durch den Vergleich mit den Ergebnissen früherer, repräsentativer Gesundheitsbefragungen lassen sich Entwicklungen im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten einschätzen. Thematische Schwerpunkte der Erhebung sind: Selbst eingeschätzte Gesundheit; gesundheitsrelevantes Verhalten wie zum Beispiel körperliche Aktivität, Ernährung, Alkoholkonsum, Rauchen; chronische Krankheiten; Asthma und Asthmaversorgung; Unfälle und Verletzungen; Krankheitsfolgen und Behinderung; Impfungen; gesundheitsbezogene Unterstützungen und Belastungen; seelische Gesundheit; Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems; soziodemografische Merkmale wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Stellung, Migrationshintergrund. *ZEITRAUM:* 2009/2010 *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Repräsentative Querschnittsstudie der deutschsprachigen, erwachsenen Wohnbevölkerung in Privathaushalten, die über einen Festnetzanschluss verfügt. Stichprobenbasis bildet ein nach dem Gabler-Häder-Design erstellte Telefonnummernsample. Untersuchungsdesign: Querschnitt *DATENGEWINNUNG:* Standardisierte Befragung, telefonisch (Stichprobe: 22.048; volljährige deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten, die über Festnetz zu erreichen ist; Auswahlverfahren: Zufall). Feldarbeit durch Mitarbeiter/-innen des Projekts.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Ergebnisbericht der Studie GEDA 2009. ISBN 978-3-89606-206-2. Siehe unter [www.rki.de/cln\\_160/nn\\_205760/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.html?\\_\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_160/nn_205760/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.html?__nnn=true).

**ART:** gefördert *BEGINN:* 2009-09 *ENDE:* 2011-09 *AUFTRAGGEBER:* keine Angabe *FINANZIERER:* Bundesministerium für Gesundheit

**INSTITUTION:** Robert Koch Institut Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung (Postfach 650261, 13302 Berlin)

**KONTAKT:** Bearbeiterin (e-mail: Cornelia.LangeC@rki.de)

[84-CSA] Lindstrom, Martin; Petersen, Jesper:

**Materialist/postmaterialist values and their association with psychological health and health locus of control: A population-based study**, in: *The Social Science Journal*, vol. 47, no. 4, pp. 789-801, 2010, ISSN: 0362-3319

**INHALT:** This study investigates the association between Ronald Inglehart's materialist/postmaterialist index, a psychological aspect of the material pathway to inequalities in health, and health locus of control and psychological health. The data used is from the 2008 public health survey in Skane, a cross-sectional postal questionnaire study with 28,198 respondents (response rate 54%), conducted in southern Sweden during the fall of 2008. Psychological health (GHQ12), health locus of control (external vs. internal) and the four-item Inglehart's index were assessed. A Multiple Logistic Regression Model was used to control for age, sex, country of origin, socioeconomic status and interpersonal trust. External locus of control was observed among 32.7% of the respondents. Poor psychological health was found in 18.2% of the women and 13.8% of the men. Materialist values were positively associated with low socioeconomic status, while a reverse association between postmaterialist values and low socioeconomic status was observed. External health locus of control was strongly and positively associated with materialist values among both men and women. Psychological health was not associated with materialist/postmaterialist values. The materialist/postmaterialist index, a psychological aspect of the material pathway to inequalities in health, is associated with health locus of control but not with mental health. [Copyright Elsevier Inc.]

[85-CSA] Mansdotter, Anna; Wamala, Sarah; Ahnquist, Johanna:

**How do gender, class and ethnicity interact to determine health status?**, in: *Journal of Gender Studies*, vol. 18, no. 2, pp. 115-129, 2009, ISSN: 0958-9236

**INHALT:** The main aim of this study was to evaluate intersections of gender (female/male), class (household income), and ethnicity (country of birth) in relation to various measures of psychological and physical health. The study is based on data from the Swedish National Public Health Survey 2006, comprising a randomly-selected sample of 26,305 men and 30,584 women aged 16-84 years. Of these 2147 men and 2916 women were born outside Sweden. Results from the present study show that being female and from an ethnic minority were consistently and statistically significantly associated with poor health outcomes. Men born in Sweden had overall better health than women who had been born in Sweden, who had better health than men born outside Sweden. The worst-off category was women born outside Sweden, particularly those in households with high income levels. Low income was consistently and statistically significantly associated with all measures of poor health outcomes among men but this association was not so clear for women. Based on the findings from the present study, we conclude that the strongest risk factor with regards to health is being from an ethnic minority, then being female and finally, having a low income. This study contributes to knowledge on the complex association between socio-economic factors and health which provides an evidence base for considering gender when formulating strategies to tackle health inequalities. We hope that the present study will inspire further studies that simultaneously evaluate combinations of differing social constructs. Adapted from the source document.

[86-F] Medizinische Hochschule Hannover:

**Gesundheitliche Ungleichheit bei spezifischen Erkrankungen**

**INHALT:** Die Mehrzahl aller Erkrankungen treten häufiger in den sozialen Gruppen auf, die schlechter qualifiziert sind, bzw. materiell schlechter gestellt sind, d.h., es gibt deutliche Zusammenhänge zwischen sozialem Status und Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken. Jenseits dieser allgemeinen Befunde gibt es jedoch noch eine Reihe offener Fragen. So ist es nicht genau geklärt, welche Aspekte der sozialstrukturellen Zugehörigkeit für die Variation in Erkrankungsraten bedeutsam sind. Auf der Basis von Daten einer gesetzlichen Krankenkasse wurden zu diesem Thema eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt. Bislang veröffentlicht sind Ergebnisse zur Sterblichkeit, zu Herzinfarkt, Herzkreislaufkrankungen allgemein, Diabetes und zu verschiedenen Krebsarten. In neueren Arbeiten

wurde auch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen untersucht, so zu psychiatrischen Erkrankungen sowie die Inanspruchnahme nach dem Übergang in die Arbeitslosigkeit.

**ART:** keine Angabe **AUFTRAGGEBER:** keine Angabe **FINANZIERER:** keine Angabe

**INSTITUTION:** Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für öffentliche Gesundheitspflege, Forschungs- und Lehreinheit Medizinische Soziologie (Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover)

**KONTAKT:** Institution -Sekretariat- (Tel. 0511-532-6679, Fax: 0511-532-4214, e-mail: Schober.Angela@mh-hannover.de o. Riebeck.Britte@mh-hannover.de)

[87-L] Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.):

**Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)**, Stuttgart: Kohlhammer 2010, 306 S., ISBN: 978-3-17-021595-5

**INHALT:** "Wie Menschen älter werden, wie lange sie leben und wie sich ihr Leben im Alter gestaltet, wird durch soziale und gesellschaftliche Bedingungen beeinflusst. Diese Bedingungen ändern sich über die Zeit und bilden den Hintergrund für einen Wandel der späteren Lebensphasen. Zu den Entwicklungen der letzten Jahrzehnte zählen eine gestiegene Lebenserwartung, Veränderungen in der Erwerbswelt, neue Lebenslaufmuster und Familienformen sowie ein Wandel in den gesellschaftlichen Werten und Normen und den Versorgungs- und Sicherungssystemen. Dieses Buch beschäftigt sich mit der Lebensphase Alter und zeigt auf der Grundlage des Deutschen Alterssurveys (DEAS), welcher Wandel sich vollzieht. Dadurch werden Chancen, Risiken und Gestaltungsoptionen für eine Gesellschaft des langen Lebens deutlich." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Geleitwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (11-12); Vorwort (13-14); 1. Andreas Motel-Klingebiel, Susanne Wurm, Oliver Huxhold & Clemens Tesch-Römer: Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte (15-33); 2. Heribert Engstler, Andreas Motel-Klingebiel: Datengrundlagen und Methoden des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (34-60); 3. Andreas Motel-Klingebiel, Julia Simonson & Laura Romeu Gordo: Materielle Sicherheit (61-89); 4. Susanne Wurm, Ina Schöllgen & Clemens Tesch-Römer: Gesundheit (90-117); 5. Dörte Naumann, Laura Romeu Gordo: Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung (118-141); 6. Katharina Mahne, Dörte Naumann & Jenny Block: Das Wohnumfeld Älterer (142-162); 7. Heribert Engstler, Clemens Tesch-Römer: Lebensformen und Partnerschaft (163-187); 8. Katharina Mahne, Andreas Motel-Klingebiel: Familiäre Generationenbeziehungen (188-214); 9. Oliver Huxhold, Katharina Mahne & Dörte Naumann: Soziale Integration (215-233); 10. Oliver Huxhold, Susanne Wurm: Altersdiskriminierung (234-245); 11. Susanne Wurm, Oliver Huxhold: Individuelle Altersbilder (246-262); 12. Clemens Tesch-Römer, Maja Wiest & Susanne Wurm: Subjektives Wohlbefinden (263-283); 13. Clemens Tesch-Römer, Andreas Motel-Klingebiel & Susanne Wurm: Die zweite Lebenshälfte: Befunde des Deutschen Alterssurveys und ihre Bedeutung für Politik und Gesellschaft (284-302).

[88-F] Müller, Rolf, Dr.rer.pol.; Helmert, Uwe, Prof.Dr.; Voges, Wolfgang, Prof.Dr. (Leitung):

**Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Sterblichkeit**

**INHALT:** Soziale Unterschiede in Bildung, Einkommen, Haushaltsstrukturen, Lebenschancen und Lebensstilen sind schon vielfach untersucht worden. Ebenso gibt es zahllose Studien zur Beschreibung des Gesundheitszustands in der Bevölkerung und zahllose klinische Studien zur Wirkung von medizinischen Versorgungsleistungen. Diese Arten von Studien stehen in der Regel berührungslos nebeneinander. Je größer diese Studien sind, desto geringer sind die gemessenen Inhalte. Qualität und Quantität der Informationen in den Datengrundlagen stehen zumeist der Idee im Wege, soziale Ungleichheit, Gesundheit und Mortalität kombiniert in repräsentativer Weise zu messen. Überwiegend auf Basis der von der GEK bereitgestellten Routinedaten können hingegen sozialstrukturelle Merkmale mit Merkmalen zum Gesundheitszustand, zum medizinischen Versorgungsgeschehen und zur Sterblichkeit gegenübergestellt werden. Dabei bietet die Datengrundlage die Möglichkeit, die Lebensverläufe seit 1990 abzubilden. Das bedeutet, dass die Analysen nicht auf Querschnittsbetrachtungen beschränkt bleiben, sondern im Längsschnitt angelegt werden können. Es werden also nicht nur Zustände zu einem Messzeitpunkt gegenübergestellt, sondern Lebensverläufe betrachtet. In diesem Projekt sind schon eine Reihe spezieller Fragen bezüglich der Zusammenhänge von sozialer Un-

gleichheit, Lebensverläufen, Gesundheit und Sterblichkeit angegangen worden: Beruflicher Status und Mortalität; Verrentung und Mortalität; Chronifizierung von Bandscheibenerkrankungen für verschiedene Berufsgruppen; Arbeitsbelastung und Morbidität u.a. *GEOGRAPHISCHER RAUM*: Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Das Projekt setzt im Wesentlichen auf Verlaufsanalysen - also Längsschnittanalysen. Die Untersuchungseinheiten sind in aller Regel Individuen. Untersuchungsdesign: Trend, Zeitreihe *DATENGEWINNUNG*: Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: 3 Mio.; GEK-Routinedaten; Auswahlverfahren: total).

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Brockmann, Hilke; Müller, Rolf; Helmert, Uwe: Time to retire - time to die? A prospective cohort study on the effects of early retirement and long-term survival. in: Social Science & Medicine. URL: [dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.009](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.009) ; DOI information: 10.1016/j.socscimed.2009.04.009.+++Behrens, Johann; Horbach, Annegret; Müller, Rolf 2009: Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen. URL: [www.masgff.rlp.de/uploads/media/Bericht\\_Nr\\_12\\_Studie\\_Verweildauer\\_2009.pdf](http://www.masgff.rlp.de/uploads/media/Bericht_Nr_12_Studie_Verweildauer_2009.pdf).+++Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.) Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 51. St. Augustin: Asgard 2006.+++Müller, Rolf : Krankenstand. Zur Repräsentativität der Arbeitsunfähigkeitsdaten der GEK. in: Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.): Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 51. St. Augustin: Asgard 2006, S. 42-57.++Müller, Rolf : Verläufe stationärer Versorgung. in: Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.): Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 51. St. Augustin: Asgard 2006, S. 58-75.+++Müller, Rolf; Brockmann, Hilke: Steigende Zahl der Krankenhausfälle mit Diagnose "psychische Störung". in: Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.): Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 51. St. Augustin: Asgard 2006, S. 150-162.+++Hien, Wolfgang; Müller, Rainer; Müller, Rolf; Voges, Wolfgang: Übergang in die Erwerbsunfähigkeitsrente. in: Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.): Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 51. St. Augustin: Asgard 2006, S. 126-149.+++Zinke, Melanie; Müller, Rolf; Braun, Bernard: Chronizität arbeitsbedingter Rückenbeschwerden am Beispiel von fünf Berufsgruppen. in: Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.): Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 51. St. Augustin: Asgard 2006, S. 103-125.+++Braun, Bernard; Müller, Rainer; Müller, Rolf: Arbeitsbelastung, Arbeitsmarkt und Arbeitsunfähigkeit. in: Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.): Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 51. St. Augustin: Asgard 2006, S. 92-102.+++Brockmann, Hilke; Müller, Rolf; Voges, Wolfgang: Auch ein Reformeffekt? Eine explorative Analyse der zunehmenden Krankenhausbehandlungen auf Grund psychischer Störungen. in: Gesundheitswesen, 2006, 68, S. 626-632.+++Timm, Andreas; Helmert, Uwe; Müller, Rolf: Berufsstatus und Morbiditätsentwicklung von Krankenversicherten im Zeitraum 1990 bis 2003. Eine Längsschnittanalyse mit Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse. in: Gesundheitswesen, 2006, 68, S. 517-525.+++Voges, Wolfgang; Helmert, Uwe; Timm, Andreas; Müller, Rolf: Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik 2006.

**ART:** Auftragsforschung; Eigenprojekt; gefördert; Gutachten *BEGINN*: 2003-01 *ENDE*: 2009-12 *AUFTRAGGEBER*: Robert Koch Institut *FINANZIERER*: Institution; Auftraggeber; Wissenschaftler

**INSTITUTION:** Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (Postfach 330440, 28334 Bremen)

**KONTAKT:** Müller, Rolf (Dr. Tel. 0421-218-4360, e-mail: [rmint@zes.uni-bremen.de](mailto:rmint@zes.uni-bremen.de))

[89-F] Myrskylä, Mikko, Dr.; Castro, Ruben E. (Bearbeitung); Myrskylä, Mikko, Dr. (Leitung):

#### **Marital and reproductive history and mortality**

**INHALT:** We study how cohort level marital and reproductive histories are linked to health outcomes, especially female breast cancer mortality and alcoholrelated male mortality. |

**ART:** keine Angabe *BEGINN*: 2009-01 *AUFTRAGGEBER*: keine Angabe *FINANZIERER*: keine Angabe

**INSTITUTION:** Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock)

**KONTAKT:** Institution -Sekretariat- (Tel. 0381-2081-102, e-mail: liebich@demogr.mpg.de)

[90-F] Myrskylä, Mikko, Dr.; Fenelon, Andrew T.; Kohler, Iliana V., Dr.; Martikainen, Pekka, Prof.; Elo, Irma T., Prof. (Bearbeitung); Myrskylä, Mikko, Dr. (Leitung):

**Parental age and adult health and mortality**

**INHALT:** We study the links between parental age and adult health and mortality of the offspring. We aim to separate the aging, resource, and cohort effects using a wide range of data sources and methodological approaches.

**ART:** gefördert **BEGINN:** 2009-01 **AUFTRAGGEBER:** keine Angabe **FINANZIERER:** keine Angabe

**INSTITUTION:** Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock)

**KONTAKT:** Institution -Sekretariat- (Tel. 0381-2081-102, e-mail: liebich@demogr.mpg.de)

[91-CSA] Nilsson, Therese:

**Health, Wealth and Wisdom: Exploring Multidimensional Inequality in a Developing Country**, in: Social Indicators Research, vol. 95, no. 2, pp. 299-323, 2010, ISSN: 0303-8300

**INHALT:** Despite a broad theoretical literature on multidimensional inequality and a widespread belief that welfare is not synonymous to income-not the least in a developing context-empirical inequality examinations rarely includes several welfare attributes. We explore three techniques on how to evaluate multidimensional inequality using Zambian household data on consumption, education, health and land. The examination indicates that level and changes in non-monetary inequality are at odds with consumption inequality. Moreover, assessment of a multidimensional index shows evidence of that dimensions of wellbeing compensate and reinforce each other with respect to inequality. However, a majority of the results using this technique are sensitive to the degree of substitution between attributes. In applying a stochastic dominance method few combinations fulfill the required dominance conditions. Accordingly, less imposed structure come at a cost. Clearly, sensitivity analyzes, explicitness and analyzes involving more than one technique are constructive in portraying multidimensional inequality. Adapted from the source document.

[92-F] Oksuzyan, Anna; Christensen, Kaare, Prof.; Vaupel, James W., Prof.Dr. (Bearbeitung); Oksuzyan, Anna (Leitung):

**Sex differences in health and mortality**

**INHALT:** The project aims to investigate sex differences in health and mortality and to provide additional explanations for the male-female health-survival paradox through the linkage of longitudinal surveys of twins and the oldest-old with the Statistics Denmark's nationwide registers.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Oksuzyan, A.; Petersen, I.; Stovring, H.; Bingley, P.; Vaupel, J.W.; Christensen, K.: The male-female health-survival paradox: a survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. in: *Annals of Epidemiology*, 19, 2009, 7, pp. 504-511.+++Engberg, H.; Oksuzyan, A.; Jeune, B.; Vaupel, J.W.; Christensen, K.: Centenarians - a useful model for healthy aging? A 29-year follow-up of hospitalizations among 40,000 Danes born in 1905. in: *Aging Cell*, 8, 2009, 3, pp. 270-276.+++Oksuzyan, A.; Juel, K.; Vaupel, J.W.; Christensen, K.: Men: good health and high mortality; sex differences in health and aging. in: *Aging Clinical and Experimental Research*, 20, 2008, 2, pp. 91-102.+++Jacobsen, R.; Oksuzyan, A.; Engberg, H.; Jeune, B.; Vaupel, J.W.; Christensen, K.: Sex differential in mortality trends of old-aged Danes: a nation wide study of age, period and cohort effects. in: *European Journal of Epidemiology* 23, 2008, 11, pp. 723-730.+++Oksuzyan, Anna: Sex differences in health and mortality: a multi-wave survey and register study. Zugl. Odense, Denmark, Univ. of Southern Denmark, PhD Thesis, 2009. Odense: Univ. of Southern Denmark, Fac. of Health Sciences, Inst. of Public Health 2009, 43 pp.

**ART:** Dissertation **BEGINN:** 2007-08 **ENDE:** 2010-02 **AUFTRAGGEBER:** keine Angabe **FINANZIERER:** keine Angabe



**INSTITUTION:** Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock)

**KONTAKT:** Institution -Sekretariat- (Tel. 0381-2081-102, e-mail: liebich@demogr.mpg.de)

[93-L] Organisation for Economic Co-operation and Development -OECD- (Hrsg.):

**Society at a glance 2009: OECD social indicators**, Paris: OECD 2009, 131 S., ISBN: 978-92-64-04938-3

**INHALT:** "This is the fifth edition of Society at a Glance, the biennial OECD compendium of social indicators. This report attempts to satisfy the growing demand for quantitative evidence on social well-being and its trends. It updates some of the indicators included in the 2001, 2003, 2005 and 2006 editions. It adds some new ones, including indicators of height, perceived health status, risky youth behaviour and bullying. In addition, a new set of headline social indicators are developed, providing an overview of social well-being and its trends. This report also includes a guide to help readers in understanding the structure of OECD social indicators, and a special chapter on leisure time across the OECD." (excerpt)

[94-CSA] Platt, Stephen; Rankin, David; Backett-Milburn, Kathryn:

**Practitioner perspectives on tackling health inequalities: Findings from an evaluation of healthy living centres in Scotland**, in: Social Science & Medicine, vol. 68, no. 5, pp. 925-932, 2009, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** Little is known about how health practitioners tasked with tackling health inequalities account for their own programmes and actions. This paper attempts to address this gap by drawing on data collected in the course of an evaluation of the Healthy Living Centre (HLC) programme, which was designed to address the wider determinants of health, in particular social exclusion and socioeconomic disadvantage, through targeting services at the most deprived local communities. Six Scottish HLC case studies explored in depth how HLC practitioners conceptualised 'health inequalities' and applied the construct to legitimate their public health and health improvement work. Practitioners drew on multiple explanations of health inequalities, sought to apply holistic approaches to service provision, and developed activities that took account of classed practices intended to overcome class-related disempowerment and stigma. They discussed the challenges of positioning services to appeal to and reach target groups and the difficulties in assessing the impact of their work on reducing health inequalities. Responses to tackling inequalities were variable across time and between HLCs, resulting from uneven learning about target groups and their changing needs, an evolving policy agenda and consideration given to the longer-term sustainability of HLC sites. Although practitioners' work to address health inequalities was limited by the programme's focus on working with disadvantaged groups, findings illustrate how classed practices are linked to the challenges of attracting and successfully engaging with such groups. Practitioner accounts highlighted the importance of gaining acceptance to overcome barriers to engagement with disadvantaged communities, the time required to achieve a satisfactory level of engagement, the proximity of service providers to clients and the adaptability of services necessary to address evolving needs. [Copyright Elsevier Ltd.]

[95-L] Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.):

**Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO**, (Gesundheitsforschung), Weinheim: Juventa Verl. 2008, 275 S., ISBN: 978-3-7799-1971-1 (Standort: UB Duisburg(464)-E11OHT4849)

**INHALT:** "Kaum eine Lebensphase ist so stark von zunehmenden Einflüssen aus unterschiedlichen sozialen Kontexten gekennzeichnet wie die Adoleszenz. Ungleiche Lebensbedingungen im Verbund mit Determinanten diverser sozialer Lebenswelten wirken wechselseitig auf die Heranwachsenden ein. Sie alle beeinflussen die körperliche, psychische und soziale Entwicklung und bestimmen die

Möglichkeiten, zu einer stabilen Gesundheit und hohem Wohlbefinden zu gelangen. Bislang ist nur wenig über die Bedeutung sozialer und sozioökonomischer Einflussgrößen auf Gesundheit und Wohlbefinden im Kindes- und Jugendalter bekannt. Im vorliegenden Band werden die Ergebnisse des zweiten WHO-Jugendgesundheits surveys 'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)' vorgestellt. Die deutsche Studiengruppe legt damit aktuelle empirische Daten zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Adoleszenz vor und arbeitet heraus, über welche sozialen Einflussgrößen Gesundheit determiniert wird. Der Fokus liegt auf dem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und verschiedenen gesundheitsrelevanten Zielgrößen. Anschließend werden unterschiedliche jugendliche Lebenswelten wie Familie, Schule und Peer Group thematisiert und in Bezug auf die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden diskutiert. Anknüpfungspunkte für die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung machen die Texte gleichermaßen für Studierende, Forschende und Praktiker attraktiv." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Matthias Richter: Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: Der WHO-Jugendgesundheits survey (9-37); Ulrike Ravens-Sieberer, Michael Erhart: Die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter (38-62); Jennifer Nickel, Ulrike Ravens-Sieberer, Matthias Richter, Wolfgang Settertobulte: Gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen (63-92); Cornelia Hähne, Kerstin Dümmler: Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper im Jugendalter (93-115); Wolfgang Melzer, Ludwig Bilz, Kerstin Dümmler: Mobbing und Gewalt in der Schule im Kontext sozialer Ungleichheit (116-140); Michael Erhart, Liane Schenk, Ulrike Ravens-Sieberer: Migration und gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter (141-159); Ludwig Bilz, Wolfgang Melzer: Schule, psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit (160-189); Michael Erhart, Ulrike Ravens-Sieberer: Die Rolle struktureller Aspekte von Familie, innerfamiliärer Kommunikation und Unterstützung für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter (190-213); Wolfgang Settertobulte: Der Einfluss der Gleichaltrigen auf das Risikoverhalten im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit (214-230); Andreas Klocke, Gero Lipsmeier: Soziale Determinanten der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Eine Mehrebenenanalyse (231-254); Veronika Ottova, Matthias Richter: Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: ein Resümee (255-272).

[96-L] Richter, Matthias:

**Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: der WHO-Jugendgesundheits survey**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.) ; Andreas Klocke (Hrsg.) ; Wolfgang Melzer (Hrsg.) ; Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten : Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, München: Juventa Verl., 2008, S. 9-37, ISBN: 978-3-7799-1971-1 (Standort: UB Duisburg(464)-E11OHT4849)

**INHALT:** Ziel des Beitrags ist es, einen Einblick in die sozialwissenschaftliche Betrachtung von Gesundheit zu geben, um so eine Grundlage für die nachfolgenden Beiträge des Sammelbandes zu schaffen. Das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit wird vorgestellt und mögliche Überschneidungen und Abgrenzungsprobleme zu sozioökonomisch bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten werden diskutiert. Im Folgenden wird die Bedeutung sozialer Determinanten der Gesundheit für Kindheit und Jugend thematisiert, einzelne Lebenswelten (Familie, Schule, Peer Group) und ihre gesundheitsrelevanten Determinanten werden vorgestellt und die Relevanz dieser Faktoren für die Genese gesundheitlicher Ungleichheiten untersucht. Abschließend wird ein Überblick über die Datengrundlage der nachfolgenden Beiträge, den WHO-Jugendgesundheits survey "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC), und die Beiträge selbst gegeben. (ICE2)

[97-L] Schmidtke, Kerstin:

**Die Lebenslage im zeitlichen und räumlichen Vergleich: zur methodischen Weiterentwicklung des Lebenslagenansatzes auf Basis des sozio-ökonomischen Panels 1992 bis 2005**, Berlin 2008, 375 S.

(Graue Literatur; deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?

idn=990546616&dok\_var=d1&dok\_ext=pdf&filename=990546616.pdf;nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:83-opus-20257)

**INHALT:** "Zielsetzung der Dissertation ist die methodische Weiterentwicklung des Konzeptes der Lebenslage auf Basis der Daten des Sozio-ökonomischen Panels von 1992 bis 2005. Hierzu wurde auf der empirischen Grundlage faktorenanalytischer Auswertungen ein Modell der Lebenslage entwickelt, das den Anspruch hat, alle relevanten Dimensionen der Lebenslage einzubeziehen. Dieses Modell wiederum lieferte den Ausgangspunkt für die empirisch fundierte Konstruktion eines sogenannten Lebenslagen-Indexes. Beide Arbeitsschritte wurden durch intensive theoretische Vorarbeiten aus der nationalen und internationalen Forschungsliteratur angeleitet und begleitet, sodass von vornherein Inkonsistenzen zwischen empirischer und theoretischer Evidenz vermieden werden konnten. Der entwickelte Index zeichnet sich gegenüber herkömmlichen (Schicht-)Indices vor allem dadurch aus, dass er neben den üblichen Status-Variablen einerseits gesundheitliche und soziale andererseits subjektive Merkmale einbezieht. Auf diese Weise wird ein wichtiger Beitrag zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung geleistet, indem nun ein Instrument vorliegt, die Lebenslage umfassend und mehrdimensional, und gleichzeitig handhabbar und anschlussfähig für weitere Analysen abzubilden. Durch die Modellierung wird gleichzeitig ein Vorschlag geliefert für eine Operationalisierung des Konzeptes und damit ein zentrales Defizit des Konzeptes eingelöst. Der Mehrwert der Operationalisierung besteht dabei vor allem darin, dass sowohl die Auswahl der Merkmale als auch die Beziehungen der lebenslagenrelevanten Dimensionen untereinander auf Grundlage von faktorenanalytischen Auswertungen bestimmt werden. Dadurch wird die in diesem Bereich aufscheinende Heuristik ersetzt durch empirisch gesicherte Ergebnisse. Parallel werden durch die Verwendung von Faktorenanalysen spezifisch methodische Probleme bei der Indexbildung, wie z.B. das Vorhandensein von Additionseffekten und Kollinearitäten, gelöst, denn die entwickelten Faktoren (= Lebenslagen-Dimensionen) stehen orthogonal zueinander und eine Korrelation zwischen ihnen ist gleich Null. Neben einem Gesamt-Index werden unterschiedliche Sub-Indices gebildet, die jeweils die generierten Lebenslage-Dimensionen abbilden. Für die Berechnung und Gewichtung der Indices werden sowohl die aus der Faktorenanalyse generierten Faktorwerte als auch die Kommunalitäten herangezogen. Eine entwickelte modifizierte Spannweitentransformation standardisiert den Wertebereich der Indices auf -1 bis +1 und wahrt gleichzeitig die relative Position der Wert zueinander. Der entwickelte Lebenslagen-Index zeigt im Rahmen eines Verfahrens zur externen Validierung vergleichsweise hohe Korrelationswerte von bis zu 0,6 mit anderen statusanzeigenden Instrumenten, sodass auf diese Weise bereits ein erster Qualitätstest bestanden wurde. Des Weiteren haben die Indices im Rahmen erweiterter Analysen zur zeitlichen Entwicklung und räumlichen Differenzierung (Ebene der Bundesländer) plausible Ergebnisse sehr gut bewährt. Dazu gehören u.a. erhebliche lebenslagen-spezifische Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Generationen und den unterschiedlichen Herkunftsgruppen sowie weiterhin bestehende massive Differenzen zwischen der Lebenslage in den neuen und alten Bundesländern. Insgesamt konnte gezeigt werden, dass die Indices als Instrumente zur einerseits differenzierten und andererseits adressatenfreundlichen Beschreibung von Soziallagen sehr gut eingesetzt werden können. Die Vorteile liegen z.B. in der Identifikation sozialer Brennpunkte oder spezifischer Problemgruppen." (Autorenreferat)

[98-CSA] Simon, Christian; Mosavel, Maghboeba; Ahmed, Rashid; Daniels, Doria:

**Community researchers conducting health disparities research: Ethical and other insights from fieldwork journaling**, in: *Social Science & Medicine*, vol. 73, no. 1, pp. 145-152, 2011, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** Lay persons who are trained to conduct research in their own communities form an essential part of many research projects. However, the effects of conducting research in their own communities have not been adequately explored. This paper examines the experiences, perceptions, and challenges faced by a group of community researchers during their involvement in a research project that examined if, and how, the relationships between mothers and their adolescent daughters could be

harnessed to develop a daughter-initiated cervical cancer intervention. Seven community researchers interviewed 157 mother-daughter pairs in Cape Town, South Africa. We examine the use of journaling as a tool to document the experiences of community researchers, and we consider how journaling may help the community-based researcher grapple with the research process, and, more broadly, what such journal content illustrates with respect to the nature and challenges of community-engaged health research. An analysis of the content of the journals provides a strong indication of how personal and intimate the research process can be for community researchers by virtue of the background that they bring into the process as well as the additional weight of the research process itself. The complexities of navigating dual and somewhat oppositional roles -- the role of impartial scientist or researcher and the role of invested community person -- has been both underestimated and insufficiently researched. [Copyright Elsevier Ltd.]

[99-CSA] Springer, Kristin W.; Bates, Lisa Michelle; Hankivsky, Olena:

**Gender and Health Inequities: A Comment on the Final Report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health**, in: *Social Science & Medicine*, vol. 69, no. 7, pp. 1002-1004, 2009, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** The Final Report of the World Health Organization (WHO) Commission on the Social Determinants of Health is a substantial and important contribution to understanding the social factors that shape global health inequities. Although gender is highlighted as a key social determinant of health, the report's conceptual approach inappropriately equates gender and health with women's health. This essay discusses the analytic and policy implications of this shortcoming. [Copyright Elsevier Ltd.]

[100-CSA] Todd, Megan; Beam Dowd, Jennifer:

**Does Self-reported Health Bias the Measurement of Health Inequalities in U.S. Adults? Evidence Using Anchoring Vignettes From the Health and Retirement Study**, in: *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 66B, no. 4, pp. 478-489, 2011, ISSN: 1079-5014

**INHALT:** Objectives. Measurement of health inequalities based on self-reports may be biased if individuals use response scales in systematically different ways. We use anchoring vignettes to test and adjust for reporting differences by education, race/ethnicity, and gender in self-reported health in 6 domains (pain, sleep, mobility, memory, shortness of breath, and depression). Method. Using data from the 2006 U.S. Health and Retirement Study (HRS) and the 2007 Disability Vignette Survey, we estimated generalized ordered probit models of the respondent's rating of each vignette character's health problem, allowing cut-points to vary by age, gender, education, and race/ethnicity. We then used one-step hierarchical ordered probit (HOPIT) models to jointly estimate the respondent's cut-points from the vignettes and the severity of the respondent's own health problems based on these vignette cut-points. Results. We found strong evidence of reporting differences by age, gender, education, and race/ethnicity, with the magnitude depending on the specific health domain. Overall, traditional models not accounting for reporting differences underestimated the magnitude of health inequalities by education and race/ethnicity. Discussion. These results suggest caution in relying on self-reported health measures to quantify and explain health disparities by socioeconomic status and race/ethnicity/ethnicity in the United States. The findings support expansion of the use of anchoring vignettes to properly account for reporting differences in self-reports of health. Adapted from the source document.

[101-F] Ulrich, Volker, Prof.Dr.; Schneider, Udo, PD Dr. (Bearbeitung):

**Selbst eingeschätzte Gesundheit, Geschlechterunterschiede und Heterogenität: empirische Evidenz anhand von multiplen imputierten Daten**

**INHALT:** For empirical analysis and policy-oriented recommendations of topics in health economics, the precise measurement of individual health or well-being is essential. The problem with variables such as self-assessed health is that the answer may depend on individual reporting behavior. Moreo-

ver, if the perception varies with certain attitudes of the respondent reporting heterogeneity may lead to index or cut-point shifts of the health distribution. | *ZEITRAUM*: 2005-2008 *GEOGRAPHISCHER RAUM*: Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** The researchers analyze the reporting behavior of individuals to the question about their self-assessed health status, a five scale categorical variable using multiple imputed data. Therefore, they estimate ordered probit models and test for a possible heterogeneity in the coefficients. If such heterogeneity (a violation in the parallel regression assumption) is present, generalized ordered probit models account for varying influences of explanatory variables on the different categories of the dependent variables. Moreover, by estimating separate regressions for males and females, they find that reporting self-assessed health depends on different influencing factors. Untersuchungsdesign: Panel *DATENGEWINNUNG*: Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: 2.200; SAVE Datensatz; Auswahlverfahren: total).

**ART:** Eigenprojekt *BEGINN*: 2009-06 *ENDE*: 2010-10 *AUFTRAGGEBER*: nein *FINANZIERER*: Institution

**INSTITUTION:** Universität Bayreuth, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für VWL III Finanzwissenschaft (95440 Bayreuth)

**KONTAKT:** Schneider, Udo (Dr. Tel. 0921-552929, e-mail: udo.schneider@uni-bayreuth.de)

[102-CSA] Uutela, Antti; Bockerman, Petri; Johansson, Edvard; Helakorpi, Satu:

**Economic inequality and population health: Looking beyond aggregate indicators**, in: *Sociology of Health and Illness*, vol. 31, no. 3, pp. 422-440, 2009, ISSN: 0141-9889

**INHALT:** This paper studies the sensitivity of various health indicators to income inequality as measured by regional Gini coefficients, using individual micro-data from Finland over the period 1993-2005. There is no overall association between income and health at the regional level. We discovered that, among men, there are no significant associations between income inequality and several measures of health status. Among women or among both sexes combined, there are some indications of associations in the predicted direction between income inequality and physical health, disability retirement, sick leave, and consumption of medicines, but none are robust to different model specifications. Only among the population aged less than 30 there is some indication that mental health is associated with inequality. Our findings confirm that income inequality in small populations (not large enough to measure the overall class pyramid of the society) is often immaterial for health outcomes. Adapted from the source document.

[103-L] Weidmann, Christian; Gößwald, Antje:

**Bereitschaft zur Blutabnahme in Bevölkerungssurveys: Erfahrungen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 und dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS)**, in: Hans-Georg Soeffner (Hrsg.); Kathy Kursawe (Mitarb.); Margrit Elsner (Mitarb.); Manja Adlt (Mitarb.): *Unsichere Zeiten : Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen ; Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008*. Bd. 1 u. 2, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2010, 8 S., ISBN: 978-3-531-16817-3

**INHALT:** "Fragestellung Die Entnahme von Blutproben zur Bestimmung von Blutparametern stellt die Feldorganisation von Bevölkerungssurveys vor einige Herausforderungen. Zur Vermeidung eines Nonresponse-Bias müssen nach Möglichkeit alle Teilnehmer von Bevölkerungssurveys auch zur Abgabe einer Blutprobe bewegt werden. Über die Teilnahmebereitschaft bei solchen Blutabgaben und die Charakteristika der Teilnahmeverweigerer wurde bislang jedoch nur selten berichtet. Empirische Grundlagen Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS 1998) wurde vom Robert Koch-Institut durchgeführt und stellt eine repräsentative Befragung der erwachsenen Bevölkerung dar, in der auch Blutproben der 7.124 Teilnehmer erhoben wurden. Der Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurde zwischen 2003 und 2006 ebenfalls vom Robert Koch-Institut erhoben und beinhaltet eine Untersuchung von 17.641 Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 17 Jahren. Ergebnisse Der Item-Nonresponse von 5,1 Prozent im BGS 1998 lässt auf eine prinzipielle Akzeptanz von Blutabnahmen in Bevölkerungssurveys schließen. Als Risikofaktoren einer Blutabgabeverweigerung bei grundsätzlicher Teilnahme am BGS 1998 erwiesen sich in einem Regressionsmodell ein fortgeschrit-

---

tenes Lebensalter, ein niedriger Sozialstatus und der Konsum von Alkohol in den letzten 24 Stunden. Beim KiGGS fiel der Item-Nonresponse etwas höher aus, da Kindern unter einem Jahr prinzipiell kein Blut entnommen wurde und aus ethischen Überlegungen nur eine Punktion zulässig war. Insgesamt lag der Item-Nonresponse bei 18,4 Prozent. Neben dem Alter unter 7 Jahren und dem männlichen Geschlecht erwies sich ein niedriger Sozialstatus als Risikofaktor der Blutabgabeverweigerung. Fazit Sind Stichprobenmitglieder in Bevölkerungssurveys zu einer generellen Teilnahme bereit, ist mit einem niedrigen Ausfall bei integrierten Blutentnahmen zu rechnen. Die Aussicht auf eine Rückmeldung dürfte hierfür von zentraler Bedeutung sein und sollte in Form einer Befundung unbedingt angeboten werden." (Autorenreferat)

### 3 Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung

[104-CSA] Allin, Sara; Gusmano, Michael:

**Health Care for Older Persons in England and the United States: A Contrast of Systems and Values**, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 36, no. 1, pp. 89-118, 2011, ISSN: 0361-6878

**INHALT:** This article extends previous comparisons of access to health care for older persons in England and the United States by comparing rates of avoidable hospital conditions as a proxy for primary care access and by examining the distribution of care within these older populations. Drawing on hospital data from the two countries, we find that older persons in the United States, particularly those over the age of seventy-five, receive far more revascularizations than do older persons in England. Differences in the use of lower-joint replacement are not as great, but we are unable to assess differences in the need for these procedures. Although older persons have greater access to specialty care in the United States, there appears to be much better access to primary care in England. We are unable to draw comparisons on the extent of inequalities in access to health care, although in the United States there is evidence of inequalities in access by race, and in England we confirm earlier studies that find inequalities by level of deprivation. These findings are discussed in the context of the political debates over access to care and rationing in the two countries. Adapted from the source document.

[105-F] Aßmann, Sabine, Dr.rer.med. (Bearbeitung); Balck, Friedrich, Prof.Dr.phil. (Leitung):

**Dialyse und Armut**

**INHALT:** Die derzeit einzige Alternative zur Transplantation ist bei schwerem Nierenversagen eine dauerhafte Dialysebehandlung, die jedoch mit vielfältigen körperlichen und sozialen Einschränkungen sowie psychischen Belastungen für die Patienten und ihre Angehörigen verbunden ist. Inwieweit der soziale Status die Prognose niereninsuffizienter Menschen beeinflusst (Kausationshypothese), ist bisher gut untersucht (Caskey et al. 2006): Sozial benachteiligte Dialysepatienten werden medizinisch in mancher Hinsicht schlechter versorgt als Dialysepatienten aus höheren sozialen Schichten. Die vorliegende Untersuchung fragt nach möglichen psycho-sozialen Folgen (Selektionshypothese) chronischer Niereninsuffizienz. Armut wird dabei verstanden als verminderte Teilhabe an gesellschaftlichen Gütern materieller und immaterieller Art. Die nationale Armutsgrenze (relative Einkommensarmut) beträgt nach neuem EU-Standard 60% des gemittelten Nettoäquivalenzeinkommens in einem Land. Zur zahlenmäßigen Höhe in Deutschland existieren voneinander abweichende Angaben. Die Forscher schließen sich der Festlegung des Statistischen Bundesamtes (2006) an. Somit galten in Deutschland im Jahr 2005 Menschen als arm, die weniger als 856 Euro monatlich zur Verfügung hatten. Diese Summe bezieht sich auf eine allein lebende erwachsene Person. Für zusätzlich im Haushalt lebende Personen gelten nach neuer OECD-Skala folgende Berechnungsfaktoren: Während die Bezugsperson mit (1,0) in die Berechnung eingeht, gilt für jede weitere Person im Alter von über 15 Jahren ein Faktor von 0,5 und für jede Person im Alter von unter 15 Jahren ein Faktor von 0,3. Für eine Familie mit zwei Kindern liegt die Armutsgrenze somit bei 1.798 Euro. Die Untersuchungsfragen lauteten: 1. Stellt chronische Niereninsuffizienz ein Armutsrisiko für Betroffene und ihre Angehörigen dar? 2. Welche Merkmale weisen Dialysepatienten auf, die unter der Armutsgrenze leben? Ergebnisse: 60,2% der Befragten lebten unterhalb der Armutsgrenze. Zum Vergleich: In Deutschland lebten 2003 insgesamt 13,5% der Bevölkerung unter der Armutsgrenze. Diskriminanzanalytisch wurden drei Merkmale der Befragten untersucht, welche für deren Zuordnung in die Gruppe oberhalb bzw. unterhalb der Armutsgrenze entscheidend waren: Die Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen, das Alter der Patienten sowie die Dauer ihrer Dialysepflichtigkeit. Am entscheidendsten für die Verortung war die Anzahl der Personen im Haushalt. Haushalte mit mehr als zwei Personen wiesen ein signifikant höheres Risiko auf, unter die Armutsgrenze zu fallen (OR=63,307). Personen im Alter unter 50 Jahren haben ein signifikant höheres Risiko zu verarmen (OR=2,003) als 50-jährige und Ältere. Diskussion: Chronische Niereninsuffizienz ist mit einem erhöhten Armutsrisiko verbunden, wenn die Patienten bestimmte Merkmale aufweisen. Obgleich Alleinleben allgemein als Armutsrisiko angesehen wird, da größere Haushalte gegenüber kleineren über relative Einsparungsmöglichkeiten verfügen, sind nach Datenlage unserer Untersuchung Patienten, die mit mehreren Per-

sonen im Haushalt leben, stärker gefährdet, in Armut zu geraten. Sie befinden sich im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter und haben Versorgungspflichten gegenüber Kindern oder Ehepartnern. Ein höheres Armutsrisiko für jüngere Patienten ergibt sich auch daraus, dass sie zu einem biografisch früheren Zeitpunkt in die Dialyse eintreten und zumeist eine (niedrigere) Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen. Die Ergebnisse korrespondieren mit den Angaben des statistischen Bundesamtes, wonach der Anteil der von Armut Betroffenen in der Altersklasse der über 65jährigen geringer ist als in jüngeren Altersklassen. Präventionsrelevant erscheint hierbei besonders die Einflussnahme des Arztes auf eine mögliche weitere Berufstätigkeit von Dialysepatienten. *GEOGRAPHISCHER RAUM*: Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Im Jahr 2006 wurden deutschlandweit Patienten in 77 Dialysepraxen unter Verwendung eines selbst entwickelten Fragebogens schriftlich befragt. Dieser enthielt 19 Items zur sozialen Lage, zur Behandlungssituation und zur Lebensqualität der Patienten. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Analysen und Diskriminanzanalyse. Studienpopulation: Insgesamt beteiligten sich 625 Personen an der Befragung. Das entspricht einer Responserate von 54,3%. 51,8% der Befragten lebten in den neuen Bundesländern. 44,9% der Untersuchungspersonen sind Frauen. Das Durchschnittsalter der Population betrug 62,2 (+-14,4) Jahre. 57,5% der Probanden lebten in einer Partnerschaft/Ehe zusammen. Über die Hälfte aller Befragten (53,7%) gibt eine Haushaltsgröße von 2 Personen an. In 12,0% der Haushalte lebte eine Person im Alter von unter 18 Jahren. 54,8% der Befragten hatten einen Hauptschulabschluss, nur 11% verfügten über eigenes Erwerbseinkommen, 48,5% bezogen Altersrente, 16,4% EU-Rente. *DATENGEWINNUNG*: Standardisierte Befragung, schriftlich (Stichprobe: 625; Dialyse-Patienten; Auswahlverfahren: Zufall). Feldarbeit durch Mitarbeiter/-innen des Projekts.

**ART:** Eigenprojekt; gefördert *BEGINN*: 2006-01 *AUFTRAGGEBER*: nein *FINANZIERER*: Deutsche Forschungsgemeinschaft

**INSTITUTION:** Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät, Zentrum für Seelische Gesundheit Professur für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Fetscherstr. 74, 01307 Dresden)

**KONTAKT:** Leiter (Tel. 0351-4584100, Fax: 0351-4585526, e-mail: friedrich.balck@uniklinikum-dresden.de)

[106-L] Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hrsg.):

**Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung,** (Gesundheit und Gesellschaft), Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2008, 452 S., ISBN: 978-3-531-15621-7

**INHALT:** "Soziale Ungleichheiten im Kontext pflegerischer Versorgung stellen eine wachsende Herausforderung für die Sozial- und Gesundheitspolitik dar. Die Beiträge angewandter Pflegeforschung machen aus wissenschaftlicher wie praktischer Perspektive deutlich, wie gravierend Ressourcenunterschiede auf die Qualität der Versorgung Einfluss nehmen. Das gilt für die Ausgestaltung von Pflegearrangements, für die Effektivität und Effizienz der erbrachten Pflegeleistungen sowie für die Funktion der pflegerischen Versorgung bei der Reproduktion sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten. Der Band bietet aus der Hand profilierter Fachvertreterinnen weitreichende theoretische und praktische Perspektiven zum Thema Pflege und soziale Ungleichheit an und stellt erstmals empirische Befunde zur Thematik einer systematischen Diskussion zur Verfügung." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Ullrich Bauer, Andreas Büscher: Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung ein Bezugsrahmen (7-45); Klaus R. Schroeter: Pflege in Figurationen - ein theoriegeleiteter Zugang zum 'sozialen Feld der Pflege' (49-77); Ursula Dallinger, Hildegard Theobald: Pflege und Ungleichheit: Ungleiche Citizenship rights im internationalen Vergleich (78-103); Martin W. Schnell: Gerechtigkeit und Gesundheitsversorgung (104-131); Gertrud M. Backes, Martina Wolfinger, Ludwig Amrhein: Geschlechterungleichheiten in der Pflege (132-153); Bernhard J. Güntert, Günter Thiele: Gibt es eine Unterfinanzierung in der Pflege? (154-179); Johann Behrens: Ökonomisches, soziales und kulturelles "Kapital" und die soziale Ungleichheit in der Pflege (180-211); Lars Borchert, Heinz Rothgang: Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer (215-237); Baldo Blinkert, Thomas Klie: Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen (238-255); Melanie Deutmeyer: Töchter pflegen ihre Eltern: Traumatisierungspotenziale in der häuslichen Elternpflege - Indizien für geschlechtstypische Ungleichheit?



(259-281); Christa Büker: Leben mit einem behinderten Kind: betroffene Familien in sozialbenachteiligter Lebenslage (282-300); Josefine Heusinger: Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen (301-314); Sabine Metzger, Wilfried Schnepf: Warum Kinder und Jugendliche zu pflegenden Angehörigen werden: Einflussfaktoren auf die Konstruktion familialer Pflegearrangements (315-341); Anja Ludwig: Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Umgang mit komplexen Medikamentenregimen - (k)ein Thema? (345-362); Verena Dreißig: Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/ Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus (363-374); Heiko Stehling: Pflege und Wohnungslosigkeit - pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe (375-395); Petra-Karin Okken, Jacob Spallek, Oliver Razum: Pflege türkischer Migranten (396-422); Bernhard Borgetto, Nicole Kolba: Wie anfällig ist die gemeinschaftliche Selbsthilfe für die Reproduktion und Produktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit? (423-446).

[107-CSA] Blewett, Lynn A.:

**Persistent Disparities in Access to Care across Health Care Systems**, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 34, no. 4, 2009, ISSN: 0361-6878

**INHALT:** The United States is the only high-income country in the world that does not provide universal health care coverage to its citizens. With 47 million uninsured, the United States is more than an outlier -- it's an international embarrassment (DeNavas-Walt, Proctor, & Smith 2008). Yet there continues to be debate among researchers & policy makers about what type of U.S. health care system could achieve universal coverage. Adapted from the source document.

[108-L] Borgetto, Bernhard; Kolba, Nicole:

**Wie anfällig ist die gemeinschaftliche Selbsthilfe für die Reproduktion und Produktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit?**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Andreas Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege : Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 423-446, ISBN: 978-3-531-15621-7

**INHALT:** Die Autoren untersuchen die Rolle, welche Selbsthilfegruppen in Bezug auf eine soziale und gesundheitliche Ungleichheit spielen. Sie überprüfen insbesondere die Behauptung, dass vorwiegend Menschen aus der Mittelschicht an Selbsthilfegruppen teilnehmen. Demnach käme eine Selbsthilfeförderung vor allem denjenigen Menschen zugute, die ohnehin schon zu den gesundheitlich bevorzugten Bevölkerungsteilen gehören, und würde eine sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit indirekt verstärken. Die Autoren geben zunächst einige begriffliche Erläuterungen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen und umreißen die potenziellen salutogenen Wirkungen der Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Im Hauptteil ihres Beitrages stellen sie aktuelle Forschungsergebnisse zur Sozialstruktur von Selbsthilfegruppen in Deutschland sowie eigene Ergebnisse aus der Studie RHEUMADAT vor. Anhand dieser Daten lassen sich potenzielle Zusammenhänge zwischen sozialem Status und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen (in diesem Fall: Gesprächskreise der Rheuma-Liga) sowohl diagnoseübergreifend als auch diagnosespezifisch für verschiedene Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises aufzeigen. Die Autoren diskutieren abschließend die Produktion von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit durch Selbsthilfegruppen als zukünftiges Forschungsthema. (ICI2)

[109-L] Braun, Bernard; Gerlinger, Thomas:

**Krankheit als Kostenfaktor: vom universalistischen zum liberalen Modell der Krankenversorgung**, in: Vorgänge : Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik, Jg. 47/2008, H. 2 = H. 182, S. 90-99 (Standort: USB Köln(38)-XG2258; Kopie über den Literaturdienst erhältlich)

**INHALT:** Die Entwicklungstendenzen in der Gesundheitspolitik - die Privatisierung von Krankheitskosten durch erhöhte Zuzahlungen, informelle Leistungsverweigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung

bei einer wachsenden Kluft zwischen beiden Systemen - haben, so die Verfasser, die sozialen und die räumlich-zeitlichen Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für Teile der Bevölkerung erhöht. Die Krankenbehandlungskosten sind in den vergangenen Jahren spürbar privatisiert worden - eine Entwicklung, die sich bekanntermaßen bei sozial Schwachen und chronisch Kranken finanziell in besonderer Weise bemerkbar macht. Es wird argumentiert, dass Elemente des liberalen Wohlfahrtsstaatsmodells im deutschen Gesundheitswesen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben. Im deutschen Gesundheitssystem werden Merkmale des liberalen Modells erheblich an Bedeutung gewinnen. Die soziale Ungleichheit von Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung hat sich somit verstärkt. Auch gibt es deutlich Hinweise auf eine wachsende Ungleichheit in der Versorgung von Patienten der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Die vorliegenden Daten geben jedoch keine verlässliche Auskunft darüber, ob und in welchem Umfang auf Grund dieser gesundheitspolitischen Entwicklungstrends auch medizinisch notwendige Leistungen unterblieben sind und ein möglicher Verzicht auf notwendige Leistungen in besonderer Weise sozial Schwache und chronisch Kranke betrifft. Allerdings enthalten die vorliegenden Daten auch Hinweise darauf, dass eine solche Entwicklung eingetreten sein kann, und auch Plausibilitätsüberlegungen legen dies nahe. Die Gefahr, dass eine fortschreitende Privatisierung von Krankheitskosten nicht nur die soziale, sondern auch die gesundheitliche Ungleichheit verstärkt, ist nicht von der Hand zu weisen. (ICF2)

[110-L] Büscher, Andreas (Hrsg.):

**Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung: ein Bezugsrahmen**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Andreas Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege : Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 7-45, ISBN: 978-3-531-15621-7

**INHALT:** Die Autoren erläutern in ihrer Einleitung zunächst den konzeptionell-theoretischen Zugang, den sie bei ihrer Analyse des Zusammenhangs zwischen den unterschiedlichen Formen sozialer Ungleichheit und der gegenwärtigen Situation in der pflegerischen Versorgung gewählt haben. Im Vordergrund steht ein Überblick über die aktuellen Erkenntnisse der sozialwissenschaftlichen Sozialstruktur- und Ungleichheitsforschung, die zum einen das Sozialraummodell und zum anderen das Milieumodell zugrunde legen. Die Autoren zeigen, wie auch pflegewissenschaftliche Zugänge eng an die theoretische und empirische Ungleichheitsdiskussion herangeführt werden können, und erörtern die wichtigsten Veränderungen in den Bedingungen, der Struktur und den Auswirkungen pflegerischer Versorgung, die die Eröffnung einer Ungleichheitsperspektive ihres Erachtens so virulent machen. Sie gehen vor allem auf die ungleichen Risiken in der Versorgung alter Menschen ein und entwickeln einen Diskussionsrahmen für die zukünftige Forschungsdebatte. Sie geben darüber hinaus einen kurzen Überblick über die Einzelbeiträge des Sammelbandes. (ICI)

[111-L] Cattacin, Sandro; Renschler, Isabelle:

**Barrières d'accès à la santé: réponses urbaines à l'exclusion**, in: Christoph Conrad (Hrsg.) ; Laura von Mandach (Hrsg.): Auf der Kippe : Integration und Ausschluss in Sozialhilfe und Sozialpolitik, Zürich: Seismo Verl., 2008, S. 141-147, ISBN: 978-3-03777-060-3

**INHALT:** Die Autoren berichten aus einer empirischen Studie in sechs europäischen Städten (Bradford, Genf, Malmö, Marseille, München und Reggio Emilia), in welcher untersucht wurde, wie lokale Gesundheitssysteme mit Marginalität umgehen. Es wurden insbesondere die organisatorischen Mittel analysiert, die eingesetzt werden, um Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung abzubauen. Vier organisatorische Modelle zum Abbau von Zugangsbarrieren wurden dabei herausgearbeitet: Ein erstes Modell generalisiert innerhalb des Gesundheitssystems die Verschiedenheiten der gesellschaftlichen Gruppen, z.B. Frauen, Behinderte und ethnische Gruppen. Ein zweites Modell schafft an den Rändern des regulären Gesundheitssystems spezifische Dienste, die einen niederschweligen Zugang ermöglichen. In einem dritten Modell werden Teilrechte vergeben, die einen Zugang zu primären Leistungen im regulären Gesundheitssystem erlauben. Illegale Einwanderer erhalten hier beispielsweise spezifische Bewilligungen für den Zugang zu bestimmten Gesundheitsdiensten. Schließlich wurde ein viertes Modell identifiziert, das sich durch den Aufbau eines tolerierten parallelen - nicht

gewinnorientierten privaten - Gesundheitssystems für Menschen in marginalen Situationen ausgezeichnet. (ICI2)

[112-CSA] Clarke, Philip Miles; FitzGerald, Edmund Maurice; Cunich, Michelle:

**Changes in Inequalities of Access to Dental Care in Australia 1977-2005**, in: The Australian Economic Review, vol. 44, no. 2, pp. 153-166, 2011, ISSN: 0004-9018

**INHALT:** Information on dental visits, income and demographic variables were drawn from the Australian National Health Survey between 1977 and 2005. Income-related inequality in access to dental care was calculated using the generalised concentration index (G) and decomposition methods were employed to examine associations with socio-demographic and policy-amenable factors. Statistically significant increases in inequality in dental care use were found after 1995. From 0.026 in 1995, G increased to 0.045 in 2005. The associations between increases in inequality and changes in the uptake of private health insurance suggest a contributory role of the introduction of the Commonwealth government's 30 per cent rebate for private health insurance. Adapted from the source document.

[113-CSA] Couceiro, Marina:

**Healthcare Reform in Central and Eastern Europe: From Universalism to Increasing Inequality in Access and Financing**, International Sociological Association, Gothenburg, Sweden, 2010

**INHALT:** This paper is focused on healthcare reforms implemented in the EU8 countries & on how, despite the common influences these countries received from some international agencies during the transition, the reform has give place to apparently homogeneous health care insurance systems which are deeply heterogeneous in regard to levels of inequality in the access & financing of the system. More specifically, the levels of out-of-pocket-payments (OOP) as % of total health care expenditure will be considered a key indicator not only of the level of privatization but also of the degree of universalism of the system, since OOP significantly impact on individual's ability to afford & access health care services. The first part of the paper will describe the international influences these countries received during the transition & the kind of model imposed by these organizations. The second part will analyze from a comparative perspective the particular reform path implemented by EU8 countries. Finally, the third part will focus on the differences found between countries, especially in regard to the differences in the financing of the system represented by different levels of OOP payments, & the implications it has in regard to the lack of equity in accessing health care services based on socioeconomic status of the population.

[114-L] Dreißig, Verena:

**Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Andreas Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege : Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 363-374, ISBN: 978-3-531-15621-7

**INHALT:** Gegenstand des Beitrages sind die unterschiedlichen Machtverhältnisse im Krankenhaus, wobei insbesondere Patienten mit Migrationshintergrund und deren Beziehungen zum Klinikpersonal fokussiert werden. Es wird z.B. folgenden Fragen nachgegangen: Wo sind zugewanderte Patienten in den bestehenden Machtverhältnissen verortet? Wie sehen diese und ihre Angehörigen die eigene Position im Klinikgefüge und welche neuen Konflikte und Konstellationen ergeben sich daraus? Die Autorin führte hierzu in zwei großstädtischen Lehrkrankenhäusern anhand von teilnehmenden Beobachtungen und Leitfaden-Interviews eine explorative Erhebung durch. Sie nahm zehn Monate lang am Klinikalltag auf vier Stationen der Inneren Medizin teil und begleitete wechselnd Pflegende und Ärzte auf ihren Rundgängen und Visiten durch Patientenzimmer. Dabei beobachtete sie die stattfindende Interaktion und erstellte auf dieser Basis Gedächtnisprotokolle, aus denen sie in ihrem Beitrag exemplarische Auszüge vorstellt. Diese verdeutlichen, dass die Beziehungen zwischen Patienten und Krankenhauspersonal von einer starken Machtasymmetrie und von fundamentalen Interessengegensätzen geprägt sind. Während das Personal allgemein an der Wahrung einer professionellen Distanz

sowie an Arbeits- und Zeitersparnis interessiert sind, bedürfen die kranken Patienten in hohem Maße der Zuwendung, des Trostes und der Anteilnahme. Zu den Patientengruppen, die im Hinblick auf ihre Machtposition besonders benachteiligt sind, gehören Patienten mit Schwierigkeiten in der Verständigung, wie z.B. Demenzkranke oder Schlaganfallpatienten, aber vor allem auch Patienten mit Migrationshintergrund. (ICI2)

[115-F] Felder, Stefan, Prof.Dr. (Leitung):

**Prioritäten, Chancengleichheit, Gerechtigkeit und Effizienz bei der Allokation von medizinischen Ressourcen - Theorie und Experiment**

**INHALT:** Ausgangspunkt der Betrachtung ist eine beschränkte medizinische Ressource, die von ihrer Art her beliebig teilbar ist, z.B. ein Medikament, das in verschiedenen Dosierungen an verschiedene Patienten verabreicht werden kann. Patienten benötigen eine unterschiedliche Menge der Ressource, damit die Behandlung erfolgreich ist. Wie soll zugeteilt werden, wenn nicht genug von der medizinischen Ressource vorhanden ist, um allen Patienten individuell optimale Mengen zuzuordnen? Das Forschungsprojekt hat einen theoretischen und einen empirischen Teil, die miteinander verzahnt sind. Im empirischen Teil soll zunächst ermittelt werden, welche Arten von Regeln in bestimmten Knappheitssituationen angewendet werden. Im theoretischen Teil sollen statische aber auch prozedurale Allokationsregeln modelliert und auf Chancengleichheit, Verteilungsgerechtigkeit und medizinische und ökonomische Effizienz sowie die Größe des Zielerreichungskonfliktes zwischen diesen Postulaten hin untersucht werden. Im empirischen Teil soll weiterhin die Akzeptabilität verschiedener Regeln und ihrer Eigenschaften in der medizinischen Praxis und der Öffentlichkeit untersucht werden.

**ART:** gefördert *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Deutsche Forschungsgemeinschaft

**INSTITUTION:** Universität Duisburg-Essen Campus Essen, FB Wirtschaftswissenschaften, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft -IBES- Lehrstuhl für VWL, insb. Gesundheitsökonomik (Schützenbahn 70, 45117 Essen)

[116-L] Gerlach, Heli; Becker, N.; Fuchs, A.; Wollny, A.; Abholz, H.-H.:

**Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe?: Ergebnisse von**

**Focusgruppendifkussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen**, in: Das

Gesundheitswesen : Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Public Health, Öffentlicher

Gesundheitsdienst, Medizinischer Dienst, Jg. 70/2008, H. 1, S. 47-53 (Standort: USB Köln(38)-Un I

Zs.402 / LS; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; [www.thieme-connect.de/ejournals/toc/gesu/31860](http://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/gesu/31860))

**INHALT:** "Trotz einer gut etablierten Migrationsforschung liegen bislang kaum Forschungsergebnisse über Immigranten in deutschen Arztpraxen oder über Erfahrungen Schwarzer Patienten mit oder ohne Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitswesen vor. Am Beispiel von Immigranten aus der Demokratischen Republik Kongo (DRK) wurde der Frage nachgegangen, wie Schwarze Patienten ihre Weißen Hausärzte in Deutschland erleben. Methode: Zwei Fokusgruppendifkussionen mit insgesamt 33 Teilnehmenden (TN) wurden durchgeführt, aufgezeichnet, transkribiert und nach einem am Material entwickelten Kategoriensystem inhaltsanalytisch ausgewertet. Ergebnisse: Die TN betonten ihre Selbstkompetenz in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Sprache wurde als Problem bei der Kommunikation benannt, stand aber nicht im Vordergrund. Dagegen wurden Hektik und Unfreundlichkeit, mangelnde Informationen auf Französisch sowie fehlender Respekt ihnen gegenüber hervorgehoben. Kritisiert wurden fernerhin mangelnde medizinische Fachkompetenz der deutschen Ärzte in Bezug auf in Afrika häufige Erkrankungen sowie die zunehmende soziale Ungleichheit, Bürokratie und Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus kamen deutlich zum Ausdruck und wurden in ihrer Verwobenheit mit anderen Diskriminierungen (u.a. sozialer Stellung) illustriert. Schlussfolgerungen: Das Gesundheits- und Krankheitskonzept der afrikanischen Immigranten entsprach einem westlichen Medizinmodell, andere z.B. 'afrikanisch' geprägte Medizinkonzepte spielten keine Rolle. Die vielseitig erfahrenen Diskriminierungen Schwarzer Immigranten in deutschen (Weißen) Arztpraxen und dem deutschen Gesundheitssystem spiegeln vermutlich auch ihre Erfahrungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen. Ein großer Teil der kritischen Bemerkungen dürfte mit dem übereinstimmen, was Weiße Patienten von der Kommunikati-

onsfähigkeit ihrer Ärzte erwarten. Eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit von Ärzten und der Kenntnis sogenannter tropischer Krankheiten erscheint ebenso notwendig wie eine größere Reflexion über eigene Diskriminierungsbereitschaft einschließlich Rassismus sowie eine 'interkulturelle' Öffnung des deutschen Gesundheitssystems." (Autorenreferat)

[117-L] Gerlinger, Thomas:

**Auf dem Weg in die Zweiklassenmedizin: Krankenversorgung in Deutschland**, in: Widerspruch : Beiträge zu sozialistischer Politik, Jg. 29/2009, H. 56, S. 17-27 (Standort: FES Bonn(Bo133)-X3504)

**INHALT:** In den Nachkriegsjahrzehnten waren in Deutschland - wie in manchen anderen kapitalistischen Staaten auch - die sozialen Sicherungssysteme bekanntlich stark ausgebaut worden. Im Gesundheitswesen kam dies darin zum Ausdruck, dass nahezu die gesamte Bevölkerung einem recht umfassenden Krankenversicherungsschutz unterlag. Allerdings hat sich die Ausrichtung der Gesundheitspolitik in Deutschland seit Mitte der 1970er - und verstärkt seit der ersten Hälfte der 1990er - Jahre gravierend gewandelt. Bekanntlich ist seitdem die Kostendämpfung, insbesondere die Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das vordringliche Ziel der Gesundheitspolitik. Dies ist sektorspezifischer Ausdruck einer Politik, die versucht, den Standort Deutschland durch eine Verbesserung der Angebotsbedingungen für das Kapital im internationalen Wettbewerb zu stärken. Der Verfasser geht zum einen der Frage nach, wie sich diese Gemengelage aus Privatisierungstendenzen und fortbestehenden Fehlentwicklungen im deutschen Gesundheitswesen auf den Zugang zu Krankenversorgungsleistungen auswirkt, zum anderen, ob und inwiefern Gesundheitspolitik im wachsenden Maße daran beteiligt ist, die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen, die vor allem auf das Zusammenwirken von belastenden Lebensverhältnissen und Lebensweisen zurückzuführen ist, durch die Errichtung sozialer Schranken beim Zugang zur medizinischen Versorgung eigenständig zu verstärken. Die Entwicklungstendenzen in der Gesundheitspolitik - die Privatisierung von Krankheitskosten durch erhöhte Zuzahlungen, informelle Leistungsverweigerungen in der GKV sowie das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bei einer wachsenden Kluft zwischen bei den Systemen - haben die sozialen und die räumlich-zeitlichen Barrieren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für Teile der Bevölkerung beträchtlich erhöht. Gerade die Privatisierung von Krankenbehandlungskosten macht sich bekanntermaßen bei sozial Schwachen und chronisch Kranken finanziell in besonderer Weise bemerkbar. Die soziale Ungleichheit von Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung hat sich somit verstärkt. (ICF2)

[118-L] Gruber, Stefan; Kiesel, Markus:

**Inequality in health care utilization in Germany?: theoretical and empirical evidence for specialist consultation**, in: Journal of public health : Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 18/2010, No. 4, S. 351-365 ([dx.doi.org/10.1007/s10389-010-0321-2](https://doi.org/10.1007/s10389-010-0321-2); [nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-203739](https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-203739))

**INHALT:** "Aim: In view of increasing concern about a two-class system in the German health care sector, this study investigates the relevance of health insurance schemes and other socioeconomic characteristics to the level of specialist health care provision. Subjects and Methods: Referring to Ronald M. Andersen's model of health care utilization and more content-based approaches, the authors implement a negative binomial hurdle regression to estimate the number of specialist visits within the last 12 months. Their data source is the German sample of the first wave of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) in 2004. Results: The results show that men's number of specialist visits is markedly sensitive to predisposing and enabling factors, whereas women's health care utilization depends less on such socioeconomic characteristics. With reference to previous findings concerning general practitioner consultation, the assumption of a bipolar health care system providing general practitioner care primarily to the statutory insured and specialist care to the privately insured is supported empirically as to men. Education, which is considered to be highly correlated with health lifestyles, has a positive effect on medical health care. Every additional year of education increases by about 10% the probability of men seeking specialist consultation. Furthermore, the results indicate an unfavorable situation for the self-employed concerning health care because of their specific employment situation and health insurance coverage. Discussion: The research results suggest the existence of relevant differences in the amount of specialist consultation according to he-

alth insurance and other socioeconomic features. Further research could concentrate on the question of whether these inequalities in utilization levels indicate overprovision or underprovision of ambulant health care. Moreover, they recommend longitudinal research that is particularly suited to detangle age and cohort effects." (author's abstract)

[119-F] Härpfer, Marco, Dipl.-Soz. (Bearbeitung); Voges, Wolfgang, Prof.Dr. (Leitung):

#### **Soziale Ungleichheit bei Pflegekarrieren**

**INHALT:** Entsprechend der Entwicklung der Lebenssituation verändern sich bei Personen, die zeitweilig oder dauerhaft pflegebedürftig wurden, die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Gesundheitszufriedenheit. *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Untersuchungsdesign: Panel *DATENGEWINNUNG:* Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: 1.280; alle Personen, die im SOEP zwischen 1984 und 2006 irgendwann im Lebensverlauf pflegebedürftig sind - Beobachtungszeitraum zwei Jahre vor und sechs Jahre nach Pflegebeginn; Auswahlverfahren: total).

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Voges, Wolfgang: Armut und Unterversorgung im Lebenslagenansatz. in: Lampert; Thomas; Hagen, Christine (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Theoretische Konzepte, empirische Befunde, politische Herausforderungen. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2010, ISBN 978-3-531-15613-2. *ARBEITSPAPIERE:* Voges, Wolfgang: Zufriedenheit bei Pflegebedürftigkeit trotz Unterausstattung mit zentralen Gütern einer Lebenslage. *GAZESse* 2009, 1, [www.zes.uni-bremen.de/GAZESse/200901/index.html](http://www.zes.uni-bremen.de/GAZESse/200901/index.html).

**ART:** Eigenprojekt *BEGINN:* 2008-01 *ENDE:* 2010-12 *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Institution; Wissenschaftler

**INSTITUTION:** Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik -ZeS- Abt. Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung (Postfach 330440, 28334 Bremen)

**KONTAKT:** Leiter (Tel. 0421-218-4367, e-mail: [wvoges@zes.uni-bremen.de](mailto:wvoges@zes.uni-bremen.de))

[120-F] Janßen, Christian, Prof.Dr. (Leitung):

#### **Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen in Deutschland - Medizinsoziologische Ansätze, Methoden und Ergebnisse**

**INHALT:** keine Angaben *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Bundesrepublik Deutschland

**ART:** gefördert *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Deutsche Forschungsgemeinschaft

**INSTITUTION:** Hochschule München, Fak. für Angewandte Sozialwissenschaften (Am Stadtpark 20, 81243 München)

[121-CSA] Kunst, Anton; Garrido-Cumbrera, Marco; Borrell, Carme; Palencia, Laia; Espelt, Albert; Rodríguez-Sanz, Maica; Pasarin, M Isabel:

**Social Class Inequalities in the Utilization of Health Care and Preventive Services in Spain, a Country with a National Health System**, in: *International Journal of Health Services*, vol. 40, no. 3, 2010, ISSN: 0020-7314

**INHALT:** In Spain, despite the existence of a National Health System (NHS), the utilization of some curative health services is related to social class. This study assesses (1) whether these inequalities are also observed for preventive health services and (2) the role of additional private health insurance for people of advantaged social classes. Using data from the Spanish National Health Survey of 2006, the authors analyze the relationships between social class and use of health services by means of Poisson regression models with robust variance, controlling for self-assessed health. Similar analyses were performed for waiting times for visits to a general practitioner (GP) and specialist. After controlling for self-perceived health, men and women from social classes IV-V had a higher probability of visiting the GP than other social classes, but a lower probability of visiting a specialist or dentist. No large class differences were observed in frequency of hospitalization or emergency services use, or in breast cancer screening or influenza vaccination; cervical cancer screening frequency was lower among women from social classes IV-V. The inequalities in specialist visits, dentist visits, and cer-

vical cancer screening were larger among people with only NHS insurance than those with double health insurance. Social class differences in waiting times were observed for specialist visits, but not for GP visits. Men and women from social classes IV-V had longer waits for a specialist; this was most marked among people with only NHS insurance. Clearly, within the NHS, social class inequalities are still evident for some curative and preventive services. Further research is needed to identify the factors driving these inequalities and to tackle these factors from within the NHS. Priority areas include specialist services, dental care, and cervical cancer screening. Adapted from the source document.

[122-F] Lüngen, Markus, Dr. (Leitung):

**Gesundheitliche Ungleichheit, Struktur der Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Versorgung**

**INHALT:** Die Erforschung sozioökonomischer Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten in der Gesellschaft kann einen wichtigen Beitrag zur Schaffung von gesundheitlicher Chancengleichheit leisten. Mit Fokus auf Berufsstand, Bildung und Familie untersucht dieses Projekt daher empirisch die Zusammenhänge von Erkrankungen, subjektiver Gesundheit und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. 1. Kontext/ Problemlage: Das Projekt "Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland" hat gezeigt, dass gesundheitliche Ungleichheiten in Deutschland weiterhin existieren. Die Ergebnisse legten jedoch nahe, dass deren Ursachen außerhalb des Gesundheitssystems vermutet werden können, da besonders von Krankheiten betroffene Gruppen auch eine erhöhte Inanspruchnahme zeigten. Zwar ist die Existenz gesundheitlicher Ungleichheit häufig belegt worden, es gab jedoch bisher nur wenige empirische Arbeiten zur Erklärung der beobachteten Unterschiede. So gibt es für Deutschland beispielsweise kaum empirische Arbeiten zu den Auswirkungen bestimmter beruflicher oder familiärer Situationen auf den subjektiven Gesundheitszustand. Auch ist die Bedeutung dieser sozioökonomischen Faktoren für die subjektive Wahrnehmung gleicher Krankheiten sowie des Arzt-Patienten-Verhältnisses bisher kaum erforscht. 2. Fragestellung: Das Projekt untersucht die Frage, wie subjektive Gesundheit, die Wahrnehmung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und die Inanspruchnahme von Leistungen miteinander zusammenhängen. Dabei geht es wesentlich um die Bedeutung der sozioökonomischen Faktoren Bildung, berufliche Situation und Familie. Eine der Kernfragen ist, wie sich die Krankheitslast auf bestimmte Berufs(status)gruppen, Familiencharakteristika und Bildungsgruppen verteilt. Dabei wird die Krankheitslast sowohl als subjektiver Gesundheitszustand als auch in Prävalenzen von Krankheiten gemessen. So soll der Einfluss der sozioökonomischen Faktoren auf die subjektive Gesundheit getrennt von dem der vorliegenden Krankheiten gemessen werden. Bei der Inanspruchnahme soll untersucht werden, wie diese bei gleichem Gesundheitszustand innerhalb der Gesellschaft variiert. Dabei soll besonderes Augenmerk auf den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Arztwahl und die Wahrnehmung des Arzt-Patienten-Verhältnisses gelegt werden. *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Die Studie kann auf Daten von TNS Infratest Healthcare aus den Jahren 2002, 2006 und 2007 zurückgreifen. Dabei handelt es sich um freiwillige postalische Befragungen zu den persönlichen demographischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Lebensumständen. In der Studie werden statistische und ökonometrische Verfahren verwendet, die in Deutschland bisher kaum Anwendung fanden. Das sind unter anderem multivariate Regressionsmodelle, die sowohl die Interaktion von Lebensstilen und Erkrankungen als auch die Abhängigkeit der Risiken verschiedener Erkrankungen darstellen können. Um die Bedeutung der einzelnen Faktoren messen zu können, wird auf die Berechnung und Zerlegung von Gini- und Konzentrationsindizes zurückgegriffen. Dabei wird der geschätzte Einfluss eines Faktors in Relation zu dessen risikobedingter Verteilung gesetzt, um die Risikostreuung statistisch in ihre Bestandteile zu zerlegen. So können relevante Faktoren und Risikogruppen identifiziert werden.

**ART:** gefördert *AUFTRAGGEBER:* keine Angabe *FINANZIERER:* Hans-Böckler-Stiftung

**INSTITUTION:** Universität Köln, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln)

**KONTAKT:** Leiter (e-mail: markus.luengen@uk-koeln.de)

[123-F] Längen, Markus, Priv.-Doz. Dr. rer. pol.; Törne, Ingolf von (Leitung):

### **Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland**

**INHALT:** Das Projekt hat untersucht, ob es sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland gibt. Dabei standen neben deskriptiven Darstellungen wie Prävalenztabelle auch ursächliche Betrachtungen anhand von Konzentrationsindizes und deren ökonomische Zerlegung im Vordergrund. Kontext/ Problemlage: Vergangene Armuts- und Reichtumsberichte, wie auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigen immer häufiger Hinweise auf finanzielle, soziale, kulturelle und auch gesundheitliche Benachteiligungen bestimmter sozialer Gruppen. Dabei häufen sich die Hinweise, dass - verglichen mit den oberen sozialen Schichten - Personen mit niedrigerem sozialen Status - etwa niedrigeren Bildungsabschlüssen, geringeren Einkommen oder einfachen bzw. prekären Beschäftigungsverhältnissen - häufig einen vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dadurch früher aus dem Berufsleben ausscheiden müssen und sogar früher sterben. Um solchen Entwicklungen entgegenwirken zu können, benötigt die Politik neben einer deskriptiven Bestandsaufnahme auch empirisch gesicherte, sozialepidemiologische Erklärungen. Die Ursachen müssen identifiziert oder zumindest eingegrenzt werden, um Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Fragestellung: Im Fokus der Untersuchungen standen mögliche Wechselwirkungen zwischen dem Lebensstil, dem Gesundheitszustand, der Inanspruchnahme von Versorgungs- beziehungsweise Vorsorgeleistungen und dem sozialen Status von Personen. Das vorliegende Projekt sollte zunächst eine Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung liefern. Darauf aufbauend sollten die genannten Zusammenhänge genauer untersucht werden. Die zentralen Fragestellungen waren dabei: 1. Hat die soziale Lage einen nachweisbaren Einfluss auf den Gesundheitszustand? 2. Hat die soziale Lage, unter Berücksichtigung unterschiedlicher Gesundheitszustände, einen nachweisbaren Einfluss auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen? 3. Unterscheidet sich insbesondere die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen zwischen sozialen Gruppen und Geschlechtern? 4. Wie unterscheidet sich der Lebensstil im Bezug auf verschiedene soziale Gruppen? Darstellung der Ergebnisse: a) Ungünstige Gesundheitszustände häufen sich besonders in den unteren Schichten. Diese Häufungen lassen sich wesentlich durch Bildungs- und Einkommenseffekte erklären. In den unteren Schichten gibt es mehr Raucher und adipöse Personen, also medizinisch ungünstige Verhaltensweisen. b) Untere soziale Gruppen suchen gehäuft Hausärzte auf, während obere Schichten gehäuft Fachärzte aufsuchen. Vorsorgeleistungen wurden hingegen zu selten von unteren Schichten, sondern überwiegend von den oberen Schichten in Anspruch genommen. Das Ergebnis bleibt bestehen, wenn Alter, Geschlecht und Erkrankungen berücksichtigt werden. c) Die Fähigkeit zur verantwortlichen Anpassung des eigenen Verhaltens und Lebensstils muss gestärkt werden. Insbesondere Bewegung, Rauchen und Ernährung weisen schichtspezifische Abweichungen auf. Effektive Maßnahmen sind zu entwickeln, um auch benachteiligte Gruppen zu erreichen. d) Es muss sichergestellt werden, dass Arztbesuche nach medizinischer Notwendigkeit erfolgen und nicht nach sozialen Kriterien. Ärzte (insbesondere Hausärzte) sollten generell in die Verbreitung von Präventionsmaßnahmen eingebunden werden. *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Der erste Schritt war die Festlegung des individuellen sozialen Status anhand von Einkommensquintilen und dem Schichtgruppenindex von TNS Infratest (bestehend aus Einkommen, höchstem Bildungsabschluss und Erwerbsstatus). So konnte eine sozioökonomische Hierarchie festgelegt werden. Um Verzerrungen durch die demografische Struktur in den sozialen Schichten zu vermeiden, wurde auf das Verfahren der indirekten Standardisierung zurückgegriffen. Dadurch kann der Gesundheitszustand um demografische Effekte bereinigt werden, die Inanspruchnahme zusätzlich um den Gesundheitszustand. Der verbleibende Effekt ist dann anderen (etwa sozioökonomischen) Einflüssen zuzurechnen. Neben der Darstellung nach Einkommensquintilen und sozialen Gruppen nach Schichtindex kamen Regressionsanalysen, die Berechnung von Konzentrationsindizes und deren Zerlegung zur Anwendung. So konnte gemessen werden, welche Faktoren (Einkommen, Bildung, ...) welchen Anteil an der gemessenen Ungleichheit ausmachen.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** keine Angaben *ARBEITSPAPIERE:* Längen, M.; Siegel, M.; Büscher, G.; Törne I. von: Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Nr. 05/2009. Köln 2009.

**ART:** gefördert *AUFTRAGGEBER:* keine Angabe *FINANZIERER:* Hans-Böckler-Stiftung

**INSTITUTION:** Universität Köln, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln); TNS Healthcare GmbH (Landsberger Str. 338, 80687 München)



**KONTAKT:** Lüngen, Markus (Dr.

e-mail: markus.luengen@uk-koeln.de); Törne, Ingolf von (e-mail: ingolf.toerne@tns-global.com)

[124-CSA] Perry, Brea L.; Wright, Eric R.:

**Medical Sociology and Health Services Research: Past Accomplishments and Future Policy Challenges**, in: Journal of Health and Social Behavior, vol. 51, pp. S107-S119, 2010, ISSN: 0022-1465

**INHALT:** The rising costs and inconsistent quality of health care in the United States have raised significant questions among professionals, policy makers, and the public about the way health services are being delivered. For the past 50 years, medical sociologists have made significant contributions in improving our understanding of the nature and impact of the organizations that constitute our health care system. In this article, we discuss three central findings in the sociology of health services: (1) health services in the U.S. are unequally distributed, contributing to health inequalities across status groups; (2) social institutions reproduce health care inequalities by constraining and enabling the actions of health service organizations, health care providers, and consumers; and (3) the structure and dynamics of health care organizations shape the quality, effectiveness, and outcomes of health services for different groups and communities. We conclude with a discussion of the policy implications of these findings for future health care reform efforts. Adapted from the source document.

[125-L] Peter, Claudia:

**Anerkennung von sozialer Differenzierung und Vermeidung von sozialer Ungleichheit als Herausforderungen für professionelle Akteure: das Beispiel Neonatologie: ärztliche Reaktionsweisen auf den unterschiedlichen elterlichen Umgang mit diagnostizierter Behinderung ihres frühgeborenen Kindes**, in: Karin Tiesmeyer (Hrsg.) ; Michaela Brause (Hrsg.) ; Meike Lierse (Hrsg.) ; Martina Lukas-Nülle (Hrsg.) ; Thomas Hehlmann (Hrsg.): Der blinde Fleck : Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung: Huber, 2008, S. 199-213, ISBN: 978-3-456-84493-0 (Standort: UB Siegen(467)-31/ORZ/2790)

**INHALT:** Der Beitrag behandelt die Entwicklungsdynamik sozialer Ungleichheit im Versorgungssystem auf der Einzelfallebene, hier konkretisiert auf die elterliche Bewältigung und Akzeptanz der Behinderung frühgeborener Kinder. Es werden zwei Fallbeispiele aus dem Versorgungsbereich der Neonatologie kontrastiert. Beide Fällen ähneln sich in Bezug auf die aus der Ungleichheitsforschung vertrauten Indikatoren Einkommen und Bildungsstand, unterscheiden sich aber in den Indikatoren Einstellungen, Handlungsorientierungen, Ressourcen und Kompetenzen. Die Basis der Untersuchung bilden die Krankenakten, Beobachtungen und Gespräche mit Pflegenden und Ärzten. Abschließend werden Schlussfolgerungen für empirische Untersuchungen sozialer Ungleichheit und professions-theoretische Überlegungen formuliert. (ICE2)

[126-F] Reibling, Nadine, Dipl.-Soz.Wiss. (Bearbeitung); Ebbinghaus, Bernhard, Prof.Dr.; Olafsdottir, Sigrun, Prof.Ph.D. (Betreuung):

**Der Beitrag des Gesundheitssystems zu gesundheitlicher Ungleichheit: ein internationaler Vergleich von Leistungsanspruchnahme und gesundheitsbezogener Lebensqualität älterer Menschen**

**INHALT:** Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen sozioökonomischen Gruppen stellen eine dauerhafte Form der sozialen Stratifizierung in allen Gesellschaften dar. Da Gesundheit eine zentrale Ressource für die individuelle Lebensqualität darstellt, hat die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erfahren. Die theoretischen Erklärungsmodelle beziehen sowohl individuelle Determinanten wie Lebensstil oder Stresslevel als auch gesellschaftliche Einflussfaktoren wie den Grad der Einkommensungleichheit mit ein. Der Einfluss des Gesundheitssystems für die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit wird dabei häufig eine untergeordnete Bedeutung zugewiesen, da die Entstehung von Krankheiten im Wesentlichen von Faktoren außerhalb des Gesundheitssystems beeinflusst wird. Dabei wird jedoch übersehen, dass Gesundheitssysteme eine zentrale Rolle in der Reproduktion und Reduktion von Ungleichheiten im weiteren Krankheitsverlauf spielen. Dies ist von besonderer Relevanz für Menschen mit chronischen Krank-

heiten. Während viele Studien Ungleichheiten im Zugang und der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen dokumentieren, fehlen empirische Studien, die untersuchen ob diese ungleiche Nutzung des Gesundheitssystems tatsächlich auch Unterschiede im Gesundheitszustand kausal erklären kann. Dieses Projekt untersucht daher den Zusammenhang zwischen Gesundheitssystemen und gesundheitlicher Ungleichheit unter der Annahme, dass unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Ungleichheit im Krankheitsverlauf chronisch kranker Menschen beeinflusst. *GEOGRAPHISCHER RAUM*: Europa, USA

**METHODE:** Es wird ein theoretisches Modell entwickelt, welches verschiedene Mechanismen aufzeigt, durch die medizinische Leistungen gesundheitliche Ungleichheit beeinflusst. Zur empirischen Überprüfung des Modells wird eine Triangulation unterschiedlicher Forschungsmethoden eingesetzt: 1. vergleichende Analyse internationaler Umfragedaten auf Querschnittsbasis; 2. Länderstudien auf der Basis von Paneldatensätzen; 3. qualitative Interviews. Datenart: vergleichende Umfragedaten, Institutionendaten zum Gesundheitssystem.

**ART:** Dissertation; gefördert *BEGINN*: 2009-01 *ENDE*: 2011-12 *AUFTRAGGEBER*: nein *FINANZIERER*: Graduate School of Economic and Social Sciences -GESS- Center for Doctoral Studies in Social and Behavioral Sciences -CDSS-

**INSTITUTION:** Universität Mannheim, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung -MZES- Arbeitsbereich A Die Europäischen Gesellschaften und ihre Integration (68131 Mannheim)

**KONTAKT:** Bearbeiterin (Tel. 0621-181-3049, e-mail: nreiblin@mail.uni-mannheim.de)

[127-CSA] Reibling, Nadine:

**Trigger, Cure or Reproducer: How the Healthcare System Affects Health Inequalities**, International Sociological Association, Gothenburg, Sweden, 2010

**INHALT:** In the past decade, scholars studying health inequalities have increasingly included macro-level determinants such as income inequality, social capital & welfare regimes in their explanatory models. Despite this development, the role of the healthcare system has been widely neglected in this line of research. Theoretically, healthcare systems can have different effects on inequality levels. On the one hand, it is argued that access to healthcare increases inequalities since persons with a high socioeconomic status use preventive & curative services more often & have preferential access to high quality care. On the other hand, the quasi-universal access to healthcare in developed nations might decrease inequality levels if healthcare improves the poor health of individuals with a low socioeconomic status for instance caused by higher levels of work-related stress. These contrasting theoretical expectations demonstrate that it is necessary to take the institutional set-up of the healthcare system into account for assessing the effect of healthcare on inequality levels. Even in universal healthcare systems, there are substantial differences in the degree to which access to healthcare is stratified by education, income or residence. Institutional regulations such as the catalogue of benefits, the existence of gatekeeping, cost sharing & private health insurance influence whether healthcare is trigger, cure, or reproducer of inequalities in health. This paper investigates the effect of various institutional characteristics on levels of health inequalities by comparing 14 European nations. This is done with a multi-level modeling approach, which combines institutional indicators & micro-level data from the Survey of Health, Ageing, and Retirement (SHARE).

[128-L] Riegraf, Birgit:

**Ökonomisierung sozialer Daseinsfürsorge: NutzerInnenintegration und soziale Ungleichheit im internationalen Vergleich**, in: Hans-Georg Soeffner (Hrsg.) ; Kathy Kursawe (Mitarb.) ; Margrit Elsner (Mitarb.) ; Manja Adlt (Mitarb.): Unsichere Zeiten : Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen ; Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008. Bd. 1 u. 2, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2010, 2 S., ISBN: 978-3-531-16817-3

**INHALT:** "Seit den 1980er Jahren werden in den OECD-Ländern wohlfahrtsstaatliche Versorgungsmodelle neu zugeschnitten. Veränderte 'welfare mixes' zwischen individueller Verantwortungsübertragung, staatlicher Regulierung und 'semi-staatlicher' Versorgung entstehen. Bislang staatlich angebotene Leistungen werden in den so genannten Dritten Sektor, z.B. kirchliche Versorgungseinrichtungen, Wohlfahrtsverbände und/oder in den privaten Sektor der Familie verschoben und umgekehrt.

Die Privatisierungen, Einführung von Wettbewerbselementen oder die Aktivierung der 'Bürgergesellschaft' und ihre Kombinationen fallen in den einzelnen Ländern je nach den Problemlagen, der Verwaltungskultur und der jeweiligen Vorstellung von den Aufgaben des Staates in der Gesellschaft sehr unterschiedlich aus. Es gibt nun Hinweise darauf, dass sich in einigen Ländern soziale Ungleichheiten und Desintegrationsprozesse von Bevölkerungsgruppen verschärft haben, die nicht dem Modell des männlichen, weißen, von sozialen Aufgaben wie Versorgung und Pflege frei gestellten Erwerbsarbeiters entsprechen. In anderen Ländern zeigt sich hingegen, dass die Leistungen der öffentlichen Daseinsfürsorge die Bevölkerung gleichmäßiger erreichen. Die unterschiedlichen Entwicklungswege und ihre Implikationen für die Verfügbarkeit von Leistungen der öffentlichen Daseinsfürsorge. In dem Vortrag werden die Zusammenhänge theoretisch und mit Entwicklungen im internationalen Kontext diskutiert." (Autorenreferat)

[129-CSA] Rivera Casale, Cecilia; Gibbons, Michael Chris:

**Reducing Disparities in Health Care Quality: The Role of Health IT in Underresourced Settings**, in: *Medical Care Research and Review*, vol. 67, pp. 155S-162S, 2010, ISSN: 1077-5587

**INHALT:** Health information technology (health IT) and the Internet have tremendous potential to transform health care. The implications of the adoption of health IT within the context of underresourced health care settings have not been adequately evaluated. For this reason, the Agency for Healthcare Research and Quality sponsored a 2-day invitational expert meeting in October 2009. The theme of the meeting was 'Reducing Disparities in Healthcare Quality in Under Resourced Settings Using HIT and Other Quality Improvement Strategies.' In preparation for the meeting, five background manuscripts were commissioned, presented, and discussed. Attendees also participated in one of three breakout sessions. Several overarching themes, key recommendations, and research topics emerged across five general categories of (a) the health care delivery setting, (b) research and evaluation methodologies, (c) patients and target populations, (d) technology applications and platforms, and (e) providers and clinicians. This article outlines the process, findings, and key recommendations of this expert workshop. [Copyright Sage Publications, Inc.]

[130-L] Sander, Monika:

**Is there migration-related inequity in access to or in the utilisation of health care in Germany?**, (SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, 147), Berlin 2008, 39 S. (Graue Literatur; [www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.92811.de/diw\\_sp0147.pdf](http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.92811.de/diw_sp0147.pdf))

**INHALT:** "This paper analyses immigrants' access to health care and utilisation of health care services in Germany. Thereby, it is investigated if there is inequity in access to or in the utilisation of health care services due to a lack of language skills or due to a lack of information about the health care system (approximated by years since migration) among first- and second-generation immigrants. The data used are drawn from eleven waves of the SOEP (1995-2006). With regard to the probability to contact a physician (as a proxy for access), German language skills are found to have no significant influence for all groups of immigrants. The hypothesis of inequity in access to health care due to access barriers caused by a lack of German language skills is therefore not supported by the data. However, mother tongue language skills seem to be important for the contact probability of the first- and second-generation: Having only good or poor mother tongue language skills reduces the probability of a doctor contact. The effect is found to be significant for first- and second-generation men. For the frequency of doctor visits (utilisation), poor German language skills are found to exert a significant influence: Those reporting poor language skills have a lower expected number of doctor visits. The effect is found to be significant for first-generation men and for second-generation men and women. Hence, there seems to be inequity in health care utilisation due to a lack of German language skills. With the exception of first-generation men - where it is found that poor mother tongue language skills reduce the expected number of doctor visits significantly, no significant effect is found for mother tongue language skills. With regard to the duration of residence, the results indicate that years since migration have an impact on the contact decision of first-generation immigrant women, whereby a significant positive influence is found. Hence, missing knowledge about the health care system could create additional access barriers and yield inequity in access to health care in the group of first-

generation women. The duration of residence seems to have no influence on the frequency decision."  
(author's abstract)

[131-L] Sauerland, Dirk; Kuchinke, Björn A.; Wübker, Ansgar:

**Warten gesetzlich Versicherte länger?: zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor.** (Diskussionspapier / Wissenschaftliche Hochschule Lahr, Nr. 11), Lahr 2008, 24 S. (Standort: USB Köln(38)-FBV576; Graue Literatur)

**INHALT:** "Der mit der Gesundheitsreform 2007 gesetzlich festgeschriebene Versicherungsschutz für alle Bürger gewährleistet formal, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen für alle Bürger in Deutschland sichergestellt ist. Da es aber auch nach der Reform weiterhin gesetzlich und privat versicherte Personen in Deutschland gibt, steht im Mittelpunkt dieses Beitrags die Frage, ob die faktischen Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung im stationären Bereich für alle Bürger gleich, d.h. unabhängig von der Art des Versicherungsschutzes sind. Als Indikator für die faktische Zugangsmöglichkeit betrachten wir die Terminvergabe, genauer: die Wartezeit bis zum Behandlungstermin. Wir gehen davon aus, dass die Anreize zu einer möglichen Diskriminierung von gesetzlich und privat versicherten Personen, d.h. zu einem aktiven Einsatz der Wartezeit auf einen Behandlungstermin, auf die jeweiligen Restriktionen zurückzuführen sind, mit denen die stationären Leistungserbringer konfrontiert sind. Auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben zeigen wir mit Hilfe eines einfachen Modells, welche Anreize für die Entscheidungsträger in den Krankenhäusern bestehen, die Wartezeit als Steuerungsinstrument zu nutzen. Weiter prüfen wir anhand von 687 Testanrufen, ob die Krankenhäuser die Wartezeit auch tatsächlich als Instrument zur Diskriminierung zwischen gesetzlich und privat versicherten Patienten einsetzen. Dabei zeigt sich, dass 25 Prozent der Krankenhäuser aktiv den Versichertenstatus abfragen. In diesen Häusern erhalten privat Versicherte signifikant schneller einen Behandlungstermin als gesetzlich versicherte Personen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass der Zugang zu kurzfristig erforderlichen, stationären medizinischen Dienstleistungen in Deutschland von der Art der Versicherung abhängig sein kann." (Autorenreferat)

[132-L] Theobald, Hildegard:

**Geldleistungen als Integrationsmodus informeller Pflege und Ungleichheitsdynamiken: Internationale Ansätze und Ergebnisse,** in: Hans-Georg Soeffner (Hrsg.) ; Kathy Kursawe (Mitarb.) ; Margrit Elsner (Mitarb.) ; Manja Adlt (Mitarb.): Unsichere Zeiten : Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen ; Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008. Bd. 1 u. 2, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2010, 2 S., ISBN: 978-3-531-16817-3

**INHALT:** "Annahmen zum demografischen Wandel, zur Entwicklung von Pflegepotentialen und veränderte Vorstellungen gegenüber Nutzern/innen von Pflege führten in den meisten westlichen Ländern zu Restrukturierungen der vorhandenen Formen der Versorgung älterer Menschen. Dies betraf nicht nur Formen professioneller Versorgung, die häufig durch Anstrengungen zur Öffnung eines Pflegemarkts charakterisiert sind. Ebenso nahmen Fragen der Integration und Unterstützung familiärer, informeller Pflege durch Geldleistungen einen breiten Raum ein. Die gewählten Formen der Geldleistungen werden dabei maßgeblich vom grundlegenden Ansatz zur Versorgung in den verschiedenen Ländern bestimmt. In dem Beitrag werden unterschiedliche Formen von Geldleistungen zur Integration familiärer, informeller Pflege und ihre Konsequenzen vor dem Hintergrund der länderspezifischen Ansätze zur Versorgung älterer Menschen diskutiert. Theoretisch baut der Beitrag auf Konzepten aus dem Bereich der internationalen Forschung zu "social care" auf, die insbesondere die Übergänge zwischen formeller und informeller Pflege thematisieren. Die empirische Basis liefern Statistiken und Ergebnisse nationaler und internationaler Untersuchungen. In den Forschungsergebnissen werden zwei grundlegend verschiedene Herangehensweisen erkennbar. In Ländern, in denen die Unterstützung älterer pflegebedürftiger Menschen überwiegend auf der Basis professioneller Dienstleistung vorgenommen wird, weisen die Ansätze zur Integration familiärer, informeller Pflege eine Dienstleistungsperspektive auf. Im Gegensatz dazu werden in den an einer familiären Pflege orientierten Ländern familiäre Werte bei der Einführung von Geldleistungen betont. Diese grundlegend unterschiedlichen Herangehensweisen bestimmen Form und Ausmaß der Regulierung, das Niveau

der Bezahlung von informeller, familiärer Pflege und deren Bedeutung für die Entwicklung formeller, professioneller Pflege." (Autorenreferat)

[133-L] Tiesmeyer, Karin; Brause, Michaela; Lierse, Meike; Lukas-Nülle, Martina; Hehlmann, Thomas (Hrsg.):

**Der blinde Fleck: Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung**, (Gesundheitswissenschaften), Bern: Huber 2008, 382 S., ISBN: 978-3-456-84493-0 (Standort: UB Siegen(467)-31/ORZ/2790)

**INHALT:** "Bisher wurde mehr oder weniger stillschweigend davon ausgegangen, dass in Deutschland, dessen Bürgerinnen und Bürger zu 99% gesundheitsversichert sind, soziale Ungleichheit in der Versorgung höchstens eine marginale Rolle spielt. Mittlerweile liegt eine stattliche Anzahl von nationalen und internationalen Veröffentlichungen vor, die den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Krankheit sehr gut belegen. Mit diesem Buch möchten die Autorinnen und Autoren der Frage nachgehen, in wieweit die bestehende soziale Ungleichheit Einfluss nimmt auf das Versorgungsgeschehen im Gesundheitssystem und umgekehrt. Im Detail geht es um die Frage, ob das System der Krankenbehandlung -wie Niklas Luhmann es treffender bezeichnet- den bestehenden Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Krankheit nur reflektiert, ob es darauf reagiert, oder ob einzelne Bereiche des Systems diesen Zusammenhang zu Ungunsten bestimmter vulnerabler Gruppen noch verstärken. Insbesondere ist zu fragen: Wie wird im Gesundheitssystem mit dem unterschiedlichen Bedarf und den verschiedenen Bedürfnissen, z.B. von Frauen und Männern umgegangen? Wie sieht es mit der besonders vulnerablen Gruppe der Kinder und den hier wirksamen sozialen Einflüssen aus?" (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Karin Tiesmeyer, Michaela Brause, Meike Lierse, Martina Lukas-Nülle, Thomas Hehlmann: Soziale Ungleichheit - der blinde Fleck in der Gesundheitsversorgung (11-20); Andreas Mielck: Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung (21-38); Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik und die Frage der sozialen Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung (39-52); Thomas Lampert, Anke-Christine Saß: Datengrundlagen für Analysen zur sozialen Ungleichheit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland (53-76); Siegfried Geyer, Kambiz Norozi, Armin Wessel, Reiner Buchhorn, Monika Zoega: Lebenschancen nach der Operation angeborener Herzfehler: Kann die medizinische Versorgung zur Reduzierung gesundheitlich determinierter sozialer Ungleichheit beitragen? (77-92); Thomas Elkeles: Zum Zusammenhang zwischen Lebenssituation, gesundheitlicher Ungleichheit und Versorgung bei Kindern (93-108); Thomas Lampert: Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) (109-126); Michael Erhart, Ulrike Ravens-Sieberer: Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von Kindern. Ergebnisse aus der Europäischen KIDSCREEN-Studie (127-142); Monika Jungbauer-Gans, Peter Kriwy: Vorsorge und soziale Ungleichheit in der Kindheit - sozialökologische Analyse der Schuleingangsuntersuchung in München 2001 (143-162); Anja Langness: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern - Barrieren der Inanspruchnahme (163-180); Karin Tiesmeyer: Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Edukationsbedarf onkologisch kranker Kinder und ihrer Familien (181-198); Claudia Peter: Anerkennung von sozialer Differenzierung und Vermeidung von sozialer Ungleichheit als Herausforderungen für professionelle Akteure (199-216); Birgit Babitsch: Die Kategorie Geschlecht - Implikationen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit (217-232); Petra Kolip, Julia Lademann: Gender als zentrale Dimension sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung (233-244); Michaela Brause: Weibliche Versorgungswege in einer männlich geprägten Versorgung diskutiert am Beispiel der Kardiologie (245-258); Livia Ryl: Kardiologische Versorgung - empirische Ergebnisse zum Einfluss des Geschlechts (259-270); Gesine Grande: Die psychosoziale Versorgung von Patientinnen mit ischämischer Herzerkrankung - Kann gleiche Behandlung zu gesundheitlicher Ungleichheit führen? (271-290); Meike Lierse: Schlaganfall und Geschlecht - Versorgung von Frauen mit ischämischem Insult vor und nach Einführung der DRGs (291-308); Anja Ludwig: Medikamentöse Therapie - zum Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Behandlung (309-322); Martina Lukas-Nülle: Chronischer Schmerz - sozioökonomische Faktoren in ihrer Bedeutung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (323-336); Thomas Hehlmann: Kommunikation und soziale Ungleichheit - vernachlässigte Themen gesundheitlicher Versorgung von Brustkrebspatientinnen (337-358); Doris Schaeffer: Frauen mit chronischen Erkrankungen - Anforderungen an die Versorgungsgestaltung (359-374).

---

[134-L] Wendt, Claus:

**Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich**, in: Thomas Schott ; Claudia Hornberg: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit : 20 Jahre Public Health in Deutschland ; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2011, S. 471-485, ISBN: 978-3-531-17581-2

**INHALT:** Der Beitrag zu den Gesundheitswissenschaften befasst sich mit der Frage, wie Analysen von Gesundheitssystemen und Studien zu Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit besser miteinander verknüpft werden können. Die Textgrundlage bilden vorwiegend eigene Studien des Autors aus den letzten Jahren. Im ersten Schritt werden zunächst unterschiedliche Gesundheitssysteme aus 25 OECD-Staaten anhand ihrer Finanzierungs- und Regulierungsmechanismen voneinander abgegrenzt. Darauf aufbauend folgen eine Analyse des Leistungsangebots sowie eine Diskussion, inwieweit Niveau und Struktur des jeweiligen Leistungsangebots mit Grundprinzipien unterschiedlicher Gesundheitssystemtypen zusammenhängen. Der zweite Schritt bezieht sich auf die Frage der Regulierung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und die dadurch beeinflusste Leistungsinanspruchnahme, wobei sich Ausführungen auf elf europäische Staaten konzentrieren. Am Ende dieser Kette, die auch als Produktionsprozess der Gesundheitsversorgung bezeichnet werden kann, müsste als Outcome Gesundheit stehen. Die Analysen zeigen, dass die Form und Stärke der Regulierung des Zugangs zu Leistungen des Gesundheitssystems einen erheblichen Einfluss auf die Leistungsinanspruchnahme haben. Bestehende Ungleichheiten bei der Leistungsinanspruchnahme können durch eine stärkere Regulierung des Zugangs zu Leistungserbringern teilweise deutlich reduziert werden. (ICG2)

## 4 Gesundheitliche Ungleichheiten im Lebenslauf

[135-CSA] Aiello, Allison; Dowd, Jennifer Beam; Zajacova, Anna:

**Early origins of health disparities: Burden of infection, health, and socioeconomic status in U.S. children**, in: Social Science & Medicine, vol. 68, no. 4, pp. 699-707, 2009, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** Recent work in biodemography has suggested that lifetime exposure to infection and inflammation may be an important determinant of later-life morbidity and mortality. Early exposure to infections during critical periods can predispose individuals to chronic disease, in part through the reallocation of energy away from development needed for immune and inflammatory responses. Furthermore, markers of inflammation are known to vary by socioeconomic status in adults and may contribute to overall socioeconomic health inequalities, but little is known about how the sources of this inflammation differ over the life course. This paper uses novel biomarker data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) to test the association of the burden of common chronic infections (*Helicobacter pylori* (*H. pylori*), cytomegalovirus (CMV), herpes simplex virus-1 (HSV-1), hepatitis A and hepatitis B) with height-for-age and asthma/chronic respiratory conditions in U.S. children ages 6 and older, and the association of these chronic infections to children's socioeconomic status. A higher burden of infection is found to be associated with lower height-for-age as well as an increased likelihood of asthma net of race/ethnicity, family income, and parental education. Children with lower family income, lower parental education, and non-white race/ethnicity have a higher likelihood of infection with several individual pathogens as well as the overall burden of infection. Differential exposure and/or susceptibility to infections may be one mechanism through which early social factors get embodied and shape later-life health outcomes. [Copyright Elsevier Ltd.]

[136-F] Beuels, Franz-R., Dipl.-Soz.Wiss. (Bearbeitung); Freynik, Petra, Dr.med. (Leitung):

**Soziale Einflüsse auf die Gesundheit von Schulanfänger/-innen und Schulanfängern in Essen**

**INHALT:** Die soziale und ethnische Herkunft von Kindern entscheiden in einem erheblichen Ausmaß über die Chancen, an den Errungenschaften der Medizin teilzuhaben, frühzeitig Entwicklungsdefizite mit therapeutischer Unterstützung aufzuholen und erfolgreich in die Schullaufbahn einzusteigen. Armut und schlechte Bildung wirken sich nachteilig auf den Gesundheitszustand von Kindern und auf die Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsvorsorge aus. Diese Ungleichheit hat in der Stadt auch eine räumliche Dimension. Familien mit ähnlicher sozialer Herkunft und ähnlichem Migrationshintergrund sind in Großstädten wie Essen allzu oft Nachbarn. In Essen leben sie vorzugsweise in der Stadtmitte und im Norden der Stadt. Die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2007 in Essen belegen, dass der Sozialstatus bzw. die sozioökonomische Lage der Haushalte (Bildung, Ausbildung), in denen die Schulanfänger/-innen aufwachsen, die entscheidende Einflussgröße auf Krankheiten und die Teilnahme an Vorsorgeangeboten darstellen. Einschüler/-innen aus Familien mit niedrigem sozialen Status weisen erheblich häufiger Sehfehler, Hörstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Körperkoordinationsstörungen, Sprachstörungen, Störungen der Visuomotorik und Störungen der visuellen Wahrnehmung auf. Sie sind auch häufiger übergewichtig. Zudem nehmen Schulanfänger/-innen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zu weitaus geringeren Anteilen an den kostenlos angebotenen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 teil. Da die Schulanfänger/-innen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus überproportional häufig einen Migrationshintergrund besitzen, weisen sie - im Gegensatz zu den deutschen Kindern - auch überdurchschnittlich häufig Gesundheitsstörungen und einen schlechteren Vorsorgestatus auf. In den Jahren 2006 und 2007 wurden die begleitenden Eltern der Schulanfänger erstmalig zum Fernseh- und Medienkonsum ihrer Kinder befragt. Hierbei zeigt sich, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mehr fernsehen und länger am Computer oder mit Spielkonsolen spielen. Diese "Vielseher" und "Vielspieler" unter den Einschülern/-innen sind häufiger übergewichtig oder adipös (fettleibig) und weisen höhere Diagnosehäufigkeiten bei den Körperkoordinationsstörungen, bei den Sprachstörungen und bei den Verhaltensauffälligkeiten auf. Die Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus müssen, so zeigen die Analysen, als besondere Zielgruppe gesundheitspolitischer Maßnahmen gelten. Hier sind noch viele Anstrengungen erforderlich, um Kindern aus sozialen Unterschichten bzw. von nichtdeut-

scher Abstammung die gleichen Chancen einer guten gesundheitlichen Versorgung und reeller Startchancen für die Schullaufbahn zu geben wie deutschen Kindern bzw. wie Kindern aus sozial höher gestellten Elternhäusern. *ZEITRAUM*: 2000 bis 2007 *GEOGRAPHISCHER RAUM*: Stadt Essen, Essener Stadtbezirke

**METHODE**: Untersuchungsdesign: Trend, Zeitreihe *DATENGEWINNUNG*: Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: 5.000 -jährlich-). Feldarbeit durch Mitarbeiter/-innen des Projekts.

**VERÖFFENTLICHUNGEN**: Stadt Essen, Der Oberbürgermeister, Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen (Hrsg.): Soziale Einflüsse auf die Gesundheit von Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Essen - Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2000 bis 2007. in: Beiträge zur Stadtforschung, 51. Essen 2009.

**ART**: Auftragsforschung *BEGINN*: 2008-03 *ENDE*: 2009-03 *AUFTRAGGEBER*: Stadt Essen Gesundheitsamt *FINANZIERER*: Institution; Auftraggeber

**INSTITUTION**: Stadt Essen Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen (45121 Essen)

**KONTAKT**: Bearbeiter (Tel. 0201-88-12306, e-mail: franz.beuels@amt12.essen.de )

[137-L] Bilz, Ludwig; Melzer, Wolfgang:

**Schule, psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.) ; Andreas Klocke (Hrsg.) ; Wolfgang Melzer (Hrsg.) ; Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten : Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, München: Juventa Verl., 2008, S. 160-189, ISBN: 978-3-7799-1971-1 (Standort: UB Duisburg(464)-E11OHT4849)

**INHALT**: Nach einer kurzen Einführung in das Thema "Schule und Persönlichkeitsentwicklung" werden die HBSC-Daten von 2006 zum Thema Schule vorgelegt. Sie sollen zeigen, wie die befragten Schüler die schulische Umwelt sehen und wie sich diese Einschätzungen seit der vorangegangenen Umfrage 2002 verändert haben. Hier wird ein positiver Trend sichtbar. Sodann wird der Frage nachgegangen, ob sich ähnlich positive Entwicklungen auch bei der Gesundheit der Schüler finden und in welcher Weise Schulumwelt-Indikatoren mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang stehen. Dabei steht zum einen der Zusammenhang zwischen Schule und psychosomatischen Beschwerden im Mittelpunkt, zum anderen die Frage, wie soziale Ungleichheit und Schule gemeinsam Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Es zeigt sich, dass die wichtigste Determinante für die psychosoziale Gesundheit der Schülerinnen und Schüler das Klassenklima ist. Das Beispiel der psychosomatischen Beschwerden und des Klassenklimas zeigt, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten auch im schulischen Umfeld etablieren. (ICE2)

[138-L] Blane, David; Netuveli, Gopalakrishnan; Stone, Juliet:

**Die Entwicklung der lebenslauforientierten Epidemiologie**, in: Mel Bartley ; David Blane ; Wolfgang Hien ; Klaus Hurrelmann ; Petra Kolip ; Gopalakrishnan Netuveli ; Diana Sahrai ; Juliet Stone ; Michael Vester: Health Inequalities, Berlin: Argument-Verl., 2009, S. 114-134, ISBN: 978-3-88619-824-5

**INHALT**: Die Autoren stellen den in den letzten Jahren in der Sozialepidemiologie populär gewordenen Ansatz einer lebenslauforientierten Epidemiologie vor, der sich aus der These der biologischen Programmierung, der Akkumulationsthese und der gesundheitlich bedingten Ungleichheitsforschung heraus entwickelt hat. Die Ausgangsüberlegung dieses Ansatzes ist, dass sich die frühen Lebens- und Sozialisationsbedingungen von Menschen im gesamten Lebenslauf in Form unterschiedlicher Erkrankungsrisikowahrscheinlichkeiten und Mortalitätsraten niederschlagen. Aus diesem Grund sind Längsschnittuntersuchungen, die über einen sehr langen Zeitraum Individuen beobachten in ihrer Erklärungskraft sehr viel genauer als bloße sozialepidemiologische Momentaufnahmen. Insbesondere der Einfluss sozialer Ungleichheit lässt sich in lebenslauforientierten Studien präziser erfassen. Im vorliegenden Beitrag werden unterschiedliche Methoden vorgestellt, um Längsschnittdaten zu erzeugen, und verschiedene Theorien skizziert, die Interpretationsmöglichkeiten für gesundheitsbezogene Lebenslaufansätze bieten. (ICI2)



[139-L] Borchert, Lars; Rothgang, Heinz:

**Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Andreas Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege : Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 215-237, ISBN: 978-3-531-15621-7

**INHALT:** Die Frage, ob sich sozioökonomische Einflüsse auf das allgemeine Risiko der Pflegebedürftigkeit bei älteren Männern feststellen lassen, wurde nach Ansicht der Autoren bisher nur unzureichend erforscht. In Bezug auf die Pflegebedürftigkeit liegen zwar Ergebnisse der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes sowie der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Kassenstatistiken vor. Bei diesen handelt es sich jedoch meist um Querschnittsinformationen, welche die Prävalenzen der Pflegebedürftigkeit nur zu einem bestimmten Zeitpunkt darstellen. Die Autoren greifen in ihrer Studie auf Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) zurück, da es mit diesem Datensatz möglich ist, das Risiko der Pflegebedürftigkeit zeitkontinuierlich unter Berücksichtigung sozialer und medizinischer Einflussgrößen im tatsächlichen Lebensverlauf zu analysieren. Sie beziehen sich auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff des Elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI) und zeigen, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Entstehung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Männern und sozialstrukturellen Merkmalen gibt, der sich allerdings in den Pflegestufen I-III differenziert darstellt. Die Ergebnisse unterstützen insgesamt die Kontinuitätsthese, wonach sich die sozialen Ungleichheiten in Richtung Pflegebedürftigkeiten fortsetzen. Gerade in höheren Pflegestufen kommt jedoch eine Nivellierung zum Tragen, die beim Übergang in Pflegestufe III sogar dazu führt, dass der Einfluss sozialstruktureller Faktoren praktisch verschwindet. (ICI2)

[140-L] Borchert, Lars:

**Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen: eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität**, (Beiträge zur Sozialpolitikforschung, Bd. 16), Augsburg: Maro Verl. 2008, XII, 314 S., ISBN: 978-3-87512-516-0

**INHALT:** "Die Untersuchung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und dem Gesundheitsstatus hat in den letzten drei Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen. In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status weitaus größeren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken ausgesetzt sind, als Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status. Relativ unbeachtet blieben in diesem Rahmen jedoch die gesundheitlichen Ungleichheiten älterer Menschen - und dies, obwohl im Zuge der demografischen Alterung der Gesellschaft der Bezug auf ältere Menschen als immer wichtiger erscheint. Von daher ist bis lang auch nur wenig über die gesundheitlichen Risiken nach dem Übergang ins höhere Lebensalter und den Eintritt in den (Erwerbs-) Ruhestand bekannt. Die vorliegende Studie befasst sich daher explizit mit der gesundheitlichen Ungleichheit in dieser Lebensphase. Anhand von Kassendaten werden in ausführlicher Weise das Morbiditätsrisiko (Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen), das Pflegebedürftigkeitsrisiko sowie das Mortalitätsrisiko in einer Lebensverlaufsperspektive analysiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der verlaufsbezogenen Untersuchung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, einem Thema, zu dem bisher nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen." (Autorenreferat)

[141-CSA] Burgard, Sarah A.; Zajacova, Anna:

**Body Weight and Health from Early to Mid-Adulthood: A Longitudinal Analysis**, in: Journal of Health and Social Behavior, vol. 51, no. 1, pp. 92-107, 2010, ISSN: 0022-1465

**INHALT:** We analyze the influence of body weight in early adulthood, and changes in weight over time, on self-rated health as people age into middle adulthood. While prior research has focused on cross-sectional samples of older adults, we use longitudinal data from the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study and double-trajectory latent growth models to study the association between body mass index (BMI) and self-rated health trajectories over 20 years. Results indicate that high BMI in early adulthood and gaining more weight over time are both associated with a faster decline in health ratings. Among white women only, those with a higher BMI at the baseline also report lower initial

self-rated health. A small part of the weight-health association is due to sociodemographic factors, but not baseline health behaviors or medical conditions. The findings provide new support for the cumulative disadvantage perspective, documenting the increasing health inequalities in a cohort of young adults. Adapted from the source document.

[142-L] Burton-Jeangros, Claudine; Wiemer, Eric D.:

**Social inequalities in a life course perspective**, in: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, Vol. 35/2009, Iss. 3, S. 183-192 (Standort: USB Köln(38)-BP04865; Kopie über den Literaturdienst erhältlich)

**INHALT:** Die Verfasser argumentieren, dass die Untersuchung sozialer Ungleichheiten eine Berücksichtigung der individuellen Lebensläufe in ihren unterschiedlichen Dimensionen impliziert. Dabei soll untersucht werden, wie Familienkonfigurationen, Beschäftigungsbedingungen und Gesundheitsstatus in diesem dynamischen Prozess interagieren. Familiensituationen können die berufliche Entwicklung sowohl fördern als auch einschränken. Dasselbe gilt für den Gesundheitsstatus. Und umgekehrt: Die berufliche Karriere kann das Familienleben sowohl erleichtern als auch erschweren. Hinzu kommt das Thema der berufsbedingten Erkrankungen, deren Einfluss sowohl auf die Arbeitsfähigkeit als auch auf das Familienleben kaum zu übersehen ist. Die individuellen Biographien sind andererseits in soziale Netzwerke eingebettet. Diese sollen bei den Untersuchungen individueller Lebensläufe analytisch erfasst werden, und zwar insbesondere aus der Sicht ihres Potenzials, altersspezifische Probleme zu lösen. Die Autoren plädieren für eine Kombination qualitativer und quantitativer Methoden, die einen besseren Zugang zu diesem Forschungsfeld ermöglichen. (ICF)

[143-L] Davey Smith, George:

**Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 291-330, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Der Verfasser arbeitet heraus, welche Determinanten und Mechanismen sich für die Genese gesundheitlicher Ungleichheiten in unterschiedlichen Lebensphasen bzw. über den Lebenslauf identifizieren lassen und weist eindrucksvoll nach, dass Krankheiten und frühzeitiger Tod das Ergebnis eines langfristigen Prozesses der Exposition gegenüber verschiedenen Risikofaktoren über den Lebenslauf ist. Es wird gezeigt, dass spezifische Muster von Belastungen im Lebensverlauf verknüpft mit spezifischen Krankheiten sind. Es spricht wenig dafür, von einem einfachen Modell allgemeiner Krankheitsanfälligkeit auszugehen, das durch psychosozialen Stress, Ernährungsverhalten oder ähnliche Faktoren verursacht wird. Ungleichheiten in der allgemeinen Gesundheit ergeben sich dadurch, dass die wichtigsten Todesursachen tendenziell große sozioökonomische Unterschiede aufweisen. Die sozialen Prozesse, die jene Expositionen bündeln, die zu einem erhöhten Risiko für diese Erkrankungen bei bestimmten unterprivilegierten Gruppen führen, unterliegen deshalb Ungleichheiten im Gesamtgesundheitsstatus. Der Lebenslauf-Ansatz zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten, so der Autor, versteht das Physische und das Soziale als wechselseitig konstitutiv, denn Aspekte der Körperlichkeit können soziale Entwicklungsverläufe in gleicher Weise beeinflussen wie soziale Erfahrungen verkörperlicht werden. Die Mechanismen zu begreifen, wie sich das Soziale in Biologisches transformiert - und umgekehrt das Biologische Teil der sozialen Welt wird - muss ein zentrales Motiv auf einer Agenda sein, die darauf abzielt, besser zu verstehen, wie gesundheitliche Ungleichheiten entstehen und wie sie reduziert werden können. (ICF2)

[144-L] Dragano, Nico; Friedel, Heiko:

**Soziale Ungleichheit bei der krankheitsbedingten Frühberentung**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 108-124, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Die Verfasser untersuchen die Frühverrentung, die als ein spezieller Bereich des sozioökonomischen Feldes verstanden werden kann. Das in der Regel unfreiwillige frühzeitige Ausscheiden aus der aktiven Erwerbsarbeit kann als Spiegelbild zur Arbeitslosigkeit verstanden werden, denn analog zur Arbeitslosigkeit müssen die betroffenen Individuen auch bei der Frühverrentung eine Reihe von Nachteilen in Kauf nehmen. Die Autoren argumentieren, dass der in der Regel sozioökonomisch nachteilige Status der Frühverrentung sozial ungleich verteilt ist: Menschen mit wenig Einkommen, niedriger Bildung und niedrig qualifizierten Jobs müssen häufiger als besser gestellte Personen ihren Beruf krankheitsbedingt aufgeben. Damit sind Erwerbstätige aus niedrigen sozialen Schichten hinsichtlich ihrer Aussichten auf ein gesundes Ende ihres Erwerbslebens benachteiligt. (ICF2)

[145-L] Dragano, Nico; Siegrist, Johannes:

**Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit : Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2009, S. 181-194, ISBN: 978-3-531-16084-9

**INHALT:** Einleitend werden einige grundlegende epidemiologische Vorstellungen der Krankheitsentstehung im Lebenslauf skizziert. Sodann kommen soziale Unterschiede zur Sprache, indem zunächst ein einfaches Schema des Zusammenhangs zwischen sozialen Bedingungen in der Kindheit und Jugend, dem Auftreten von Risikofaktoren und späteren Erkrankungen vorgestellt und durch Studienergebnisse erhärtet wird. Abschließend wird dieses Schema um zwei weitere Aspekte ergänzt: soziale Verursachungsketten und Selektionsprozesse. Es wird gezeigt, dass Erkrankungen im Erwachsenenalter als Produkt einer Folge von Risikoexpositionen interpretiert werden können, die in zeitlicher Sequenz aufeinander folgen. Die Lebenslaufperspektive macht deutlich, dass die Gesundheit des Menschen das Produkt einer Interaktion von biologischen und sozialen Einflüssen in verschiedenen Stadien des Lebens ist. Für die Forschung bedeuten diese neuen, überwiegend aus Geburtskohortenstudien gewonnenen Erkenntnisse, dass sie von komplexen Wirkungsmodellen auszugehen hat. (GB)

[146-L] Elkeles, Thomas:

**Armut und Gesundheit im Jugendalter**, in: Horst Hackauf (Hrsg.) ; Heike Ohlbrecht (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit : ein Forschungsüberblick*, München: Juventa Verl., 2010, S. 112-135, ISBN: 978-3-7799-1752-6

**INHALT:** Der Verfasser untersucht zunächst die sozioökonomische Lage von Jugendlichen und ergänzt dies durch Befunde zur Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. Danach stellt er eine Verbindung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit sowie den Entwicklungsprozessen in der Adoleszenz her. Die Systematisierung von vier möglichen Erklärungsansätzen im "Black Report" wird aufgegriffen und darauf hin überprüft, ob sie in gleicher Weise auf Jugendliche zutrifft: (1) strukturell-materielle, kulturelle und Selektionserklärungen im Black-Report in ihrer Bedeutung für Jugendliche; (2) jugend- und sozialisationsspezifische Vermittlungsglieder; (3) jugendspezifische Ansätze; (4) soziale unterschiedliche Inanspruchnahme und Wirkung der Gesundheitsversorgung. Es zeigt sich, dass das klassische Programm der Beschreibung, Erklärung und Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit auch für den Bereich von Jugendlichen weiter Gültigkeit beanspruchen kann. (ICE2)

[147-L] Elkeles, Thomas:

**Zum Zusammenhang zwischen Lebenssituation, gesundheitlicher Ungleichheit und Versorgung bei Kindern**, in: Karin Tiesmeyer (Hrsg.) ; Michaela Brause (Hrsg.) ; Meike Lierse (Hrsg.) ; Martina Lukas-Nülle (Hrsg.) ; Thomas Hehlmann (Hrsg.): *Der blinde Fleck : Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*: Huber, 2008, S. 93-108, ISBN: 978-3-456-84493-0 (Standort: UB Siegen(467)-31/ORZ/2790)

**INHALT:** Der Verfasser diskutiert einleitend sozioökonomische und familiensoziologische Rahmendaten für Deutschland und gibt dann einen Überblick über ausgewählte Befunde zur gesundheitlichen

Ungleichheit bei Kindern. Er fragt im Folgenden nach Zusammenhängen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und nennt in diesem Zusammenhang eine unterschiedliche gesundheitliche Beanspruchung (Bilanz aus Belastung und Bewältigungsressourcen), eine unterschiedliche gesundheitliche Versorgung sowie unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensstile. Hieraus werden abschließend Konsequenzen im Hinblick auf einen zielgruppenspezifischen Interventionsbedarf abgeleitet. (ICE2)

[148-L] Erhart, Michael; Ravens-Sieberer, Ulrike:

**Zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit im Jugendalter**, in: Horst Hackauf (Hrsg.) ; Heike Ohlbrecht (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit : ein Forschungsüberblick*, München: Juventa Verl., 2010, S. 93-111, ISBN: 978-3-7799-1752-6

**INHALT:** Die Verfasser stellen differenzierte Gesundheitskonzepte vor und erläutern die unterschiedlichen Perspektiven, die sich in den Begriffen körperliche Gesundheit, subjektive psychische Gesundheit, psychische Gesundheit und soziale Gesundheit widerspiegeln. Sie entwickeln ein empirisches Konzept zur Messung subjektiver Gesundheit, das die medizinisch-normative Sichtweise von Erkrankungen überwindet und eine gesellschaftliche sowie eine individuell-subjektive Perspektive von Erkrankungen anstrebt. Sie belegen ihre Arbeit mit Forschungsbeispielen aus den KiGGS- und HBSC-Studien, die zeigen, dass insbesondere Mädchen, Ältere sowie Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozialen Schichthintergrund als Risikogruppen für Beeinträchtigungen in den körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer Gesundheit angesehen werden müssen. (ICE2)

[149-L] Erhart, Michael; Schenk, Liane; Ravens-Sieberer, Ulrike:

**Migration und gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.) ; Andreas Klocke (Hrsg.) ; Wolfgang Melzer (Hrsg.) ; Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten : Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*, München: Juventa Verl., 2008, S. 141-159, ISBN: 978-3-7799-1971-1 (Standort: UB Duisburg(464)-E11OHT4849)

**INHALT:** Gegenstand des Beitrags ist die Bedeutung des Migrationshintergrundes für verschiedene, in der deutschen HBSC-Studie erhobene gesundheitliche Charakteristika von Schülerinnen und Schülern. Die Verfasser geben eine Arbeitsdefinition des Migrationsbegriffs und beschreiben die Stichprobe nach Migrationshintergrund, sozialer Lage und weiteren gesundheitsrelevanten Aspekten. Sie untersuchen die Assoziation des Migrationshintergrundes mit verschiedenen Gesundheitsvariablen, indem die gesundheitlichen Parameter der Migrant\*innenstichprobe mit denen der Nichtmigrant\*innen verglichen werden. In multiplen Analysen wird die Bedeutung ausgewählter Kontextvariablen, z. B. der sozialen Lage, für die vorgefundenen Unterschiede untersucht. Die Untersuchung zeigt, dass Heranwachsende mit Migrationshintergrund häufiger von Übergewicht betroffen sind und zu einem größeren Anteil über psychosomatische Gesundheitsbeschwerden und ein beeinträchtigtes psychisches Wohlbefinden berichten. Neben Gesundheitsrisiken birgt der Migrationshintergrund jedoch auch protektive Potenziale. (ICE2)

[150-L] Erhart, Michael; Wille, Nora; Ravens-Sieberer, Ulrike:

**In die Wiege gelegt?: Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): *Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 331-358, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Die Verfasser greifen den Gedanken der Lebenslaufperspektive auf und unterstreichen die Bedeutung der Lebensphasen "Kindheit" und "Jugend" für die Genese gesundheitlicher Ungleichheiten im späteren Lebenslauf. Unter Rückgriff auf zahlreiche empirische Studien stellen die Autoren die sich im Kindes- und Jugendalter herausbildenden bzw. ab diesem Lebensabschnitt auf die Gesundheit im Lebenslauf wirkenden Einflussfaktoren dar und diskutieren ihre Bedeutung für sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit. Es wird argumentiert, dass die verschiedenen theoretischen

Erklärungsmodelle in der Regel zeitlich stabile Konzepte beinhalten, welche die Gesundheitsdynamik beeinflussen. Postuliert werden z.B. Persönlichkeitsfaktoren wie Temperamentsmerkmale oder globale Orientierungen und soziale Ressourcen, die an den bedeutendsten Verbindungsstellen zum Gesundheitsverhalten bzw. der Gesundheits- und Krankheitsentwicklung stehen. Insbesondere Persönlichkeits- oder Temperamentsfaktoren wohnt jedoch eine starke zeitliche Stabilität inne. Als weitere gesundheitsrelevante Konzepte, mit mutmaßlicher großer zeitlicher Stabilität, beinhalten theoretische Arbeiten z.B. Lebensstile und Aspekte wie Selbstbild und Identität. Auch aus diesen theoretischen Rahmenmodellen kann eine starke zeitliche Stabilität der gesundheitlichen Ungleichheit über den Lebenslauf vorhergesagt werden. Die Lebensphase Kindheit und Jugendalter bzw. die Sozialisation zum Erwachsenen stellt unter dieser Perspektive für die Entwicklung der Gesundheitsdynamik im weiteren Lebenslauf entscheidende Weichen. (ICF2)

[151-L] Geene, Raimund; Gold, Carola (Hrsg.):

**Kinderarmut und Kindergesundheit**, (Prävention und Gesundheitsförderung), Bern: Huber 2009, 172 S., ISBN: 978-3-456-84635-4

**INHALT:** "Das ist der Anfang eines Teufelskreises von schlechter Gesundheit, schlechten Bildungschancen und geringen Aussichten auf einen zukünftigen Ausbildungsoder Arbeitsplatz. Die Diskriminierung sozial benachteiligter Kinder verstärkt diese Tendenz auch in der Selbstzuschreibung: Ein glückliches und gesundes Leben scheint ihnen oft gar nicht mehr denkbar. Gerade diese Verfestigung stellt die eigentliche Herausforderung dar: Wie kann Kindern und ihren Eltern ein hoffnungsvoller Start ins Leben ermöglicht werden? Dazu bedarf es zunächst eines differenzierten Verständnisses der verschiedenen benachteiligten Lebenslagen, in denen Kinder aufwachsen. In diesen Settings können die Lebensverhältnisse mit konkreten Hilfen verbessert werden, wenn mit den (statt gegen die) Familien gearbeitet wird. Die Bedürfnisse von Eltern und Kindern erkennen, ihnen bei eigenen Lösungswegen helfen - das sind die Leitsätze der Gesundheitsförderung. Im vorliegenden Band werden die Schwierigkeiten und Belastungen dargestellt, aber auch die Konzeptionen aufgezeigt, die Eltern als Erziehungspartner für ein gesundes Aufwachsen respektieren. Ermutigende Erfahrungen von Hebammen, Kinderärzten, Frühförderern, Familienhelfern und frühen Hilfen zeigen, dass mit empathischen Ansätzen der Gesundheitsförderung der Armutsspirale entgegengewirkt werden kann." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Raimund Geene, Carola Gold: Vorwort: Kinderarmut, Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen - ein kommentierter Überblick (7-10); Raimund Geene: Kinderarmut und Kindergesundheit in Deutschland (13-23); Ines Brock: "Volle Kraft voraus." Geschwister als Ressource in Mehrkindfamilien (24-34); Elisabeth Horstkotte, Eberhard Zimmermann: Starke Kinder - Starke Eltern: Risiko und Resilienz in der Gesundheitsförderung (35-43); Raimund Geene, Andrea Möllmann, Ina Wlodosch: Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung - Gesunde Kita, gesunde Schule, gesunder Stadtteil (47-69); Karin Jeschke: Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten - Die Vorteile des Setting-Ansatzes (70-78); Monika Kringe: Sozialraumerkundung als Zugang zur Bewegungsförderung (79-86); Carola Gold, Holger Kilian, Frank Lehmann: Entwicklungen in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Der Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" (87-95); Gerhard Klein: Frühförderung für Kinder mit psycho-sozialen Belastungen - Eine kritische Bilanz für Deutschland (99-107); Nicola Wolf-Kühn, Raimund Geene: Früherkennung und Frühe Hilfen - Unterstützung junger Mütter (108-125); Katharina Silies, Annette C. Seibt, Christiane Deneke: Wer passt auf die Kinder auf? Kindesvernachlässigung und Kooperationen: zwei Evaluationsstudien in Hamburg (126-134); Mechthild Paul, Jörg Backes: Kinderschutz durch Frühe Hilfen (137-150); Meinrad M. Armbruster, Susanne Schlabs: Elternarbeit - Ein präventiver Ansatz gegen die Folgen von Kinderarmut (151-161); Dörte Schüssler, Inge Ebel, Marianne Düchting: Familiengesundheitspflege - Ein neues Angebot für vulnerable Gruppen (162-168).

[152-L] Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hrsg.):

**Jugend und Gesundheit: ein Forschungsüberblick**, (Jugendforschung), Weinheim: Juventa Verl. 2010, 324 S., ISBN: 978-3-7799-1752-6

**INHALT:** "Das Jugendalter ist von tief greifenden Veränderungen und einer Vielzahl von sozialen Einflüssen bestimmt. Studien belegen die Zunahme von gesundheitlichen Belastungen im Jugendalter

sowie die Konsequenzen der veränderten Bedingungen des Erwachsenwerdens für die physische, psychische und soziale Gesundheit. Der Band stellt die bisherigen Forschungsbefunde ausführlich dar und bettet sie in den europäischen Kontext ein. Er knüpft dabei an die Ungleichheitsdebatte und den Diskurs der sozialen Determinanten für Gesundheit an. Jugendsoziologische Ansätze stellen das Forschungsgebiet zusätzlich in den Kontext der Entwicklung der Jugendphase und ergänzen es durch die Einbeziehung der sozialen Lebensbedingungen. Die Beiträge zeigen auf, welche veränderten Anforderungen an Jugend im gesellschaftlichen Kontext gestellt werden und welche Auswirkungen dies auf die gesundheitliche Entwicklung hat. Sie untersuchen dies differenziert nach sozialen Gradienten, Geschlecht, Lebensstilen, Lebenswelten, Migration, Viktimisierung und Resilienz. Abschließend demonstrieren aktuelle Studien und Praxisbeispiele, wie eine jugendgerechte Gesundheitsförderung aussehen kann, die auf bestimmte Risikogruppen zugeschnitten ist und Resilienzpotentiale aufdeckt." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Horst Hackauf; Heike Ohlbrecht: 'Jugend und Gesundheit' - ein Problemaufriss (9-17); Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter: Matthias Richter, Christina Kruse und Nadine Steckling: Ungleiche Gesundheitschancen im Jugendalter: Eine internationale Perspektive (18-43); Thomas Lampert: Gesundheitliche Ungleichheit: Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status für die Gesundheit von Jugendlichen zu? (44-65); Horst Hackauf: Jugend und Gesundheit in der Europäischen Union. Ergebnisse einer vergleichenden Sekundäranalyse (66-92); Michael Erhart, Ulrike Ravens-Sieberer: Zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit im Jugendalter (93-111); Thomas Elkeles: Armut und Gesundheit im Jugendalter (112-135); Gesundheitliche Konsequenzen von jugendlichen Lebenswelten, Jugendkulturen, Risikoverhalten, Schul- und Gewalterfahrungen: Heike Ohlbrecht: Die Lebenswelten von Familie und Peers und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit (136-159); Jürgen Raithel: Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten unter Jugendlichen (160-177); Lars Oertel: Schulstress und Schulangst im Jugendalter (178-193); Jürgen Mansel: Gesundheitliche Folgen von Gewalterfahrungen im Jugendalter (194-213); Ute Ellert, Hanne Neuhäuser und Liane Schenk: Jugend, Migration und Gesundheit (214-231); Gesundheitsförderung im Jugendalter: Kurt Häfeli: Widrige Lebensumstände bei Jugendlichen und ihre Auswirkungen im Erwachsenenalter (232-251); Beate Großegger: 'Zu viel Gesundheit ist auch nicht gesund, weil da geht mir etwas ab'. Jugendliche als Zielgruppe der Gesundheitsförderung (252-270); Wolfgang Dür: Gesundheitsförderung und Empowerment in der Schule. Überlegungen zur Schärfung eines vagen Konzepts (271-284); Monika Häußler-Sczepan: Hilfebedarf und Prävention bei jugendlichen Risikogruppen am Beispiel von minderjährigen Schwangeren und Müttern (285-303); Christoph Steinebach, Ursula Steinebach: Resilienzförderung im Jugendalter. Die Stärken der Peerbeziehungen nutzen (304-320).

[153-L] Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike:

**"Jugend und Gesundheit": ein Problemaufriss**, in: Horst Hackauf (Hrsg.) ; Heike Ohlbrecht (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit : ein Forschungsüberblick*, München: Juventa Verl., 2010, S. 9-17, ISBN: 978-3-7799-1752-6

**INHALT:** Der vorliegende Beitrag gibt eine problemorientierte Einführung in den Sammelband "Jugend und Gesundheit". Dieser Sammelband stellt einen Versuch dar, eine Brücke zwischen den vorliegenden aktuellen Daten über die gesundheitliche Entwicklung und Risiken von Kindern und Jugendlichen und jugendsoziologischen Deutungen zu schlagen, die die spezifischen Konstellationen der Jugendphase einbezieht. Die einzelnen Beiträge, die der Beitrag im Überblick vorstellt, gruppieren sich zu drei thematischen Schwerpunkten: Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter; gesundheitliche Konsequenzen von jugendlichen Lebenswelten, Jugendkulturen, Risikoverhalten, Schul- und Gewalterfahrungen; Gesundheitsförderung im Jugendalter. (ICE2)

[154-L] Hähne, Cornelia; Dümmler, Kerstin:

**Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und der Umgang mit dem Körper im Jugendalter**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.) ; Andreas Klocke (Hrsg.) ; Wolfgang Melzer (Hrsg.) ; Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten : Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, München: Juventa Verl., 2008, S. 93-115, ISBN: 978-3-7799-1971-1 (Standort: UB Duisburg(464)-E11OHT4849)

**INHALT:** Zunächst werden das Verhältnis von Körper und Geschlecht im Jugendalter sowie Einflüsse der sozialen Herkunft auf Übergewicht und Ernährungsverhalten behandelt. Im Folgenden werden anhand des aktuellen Datensatzes der HBSC-Studie 2006 körperbezogene Verhaltensweisen Jugendlicher untersucht. Im Mittelpunkt stehen dabei Ernährungs- und Diätpraktiken, körperliche Aktivität sowie der Gewichtsstatus der Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung geschlechts- und herkunftsspezifischer Einflüsse. Die Untersuchungsperspektive verengt sich dann auf zwei ausgewählte Risikogruppen im Umgang mit dem Körper. Hier geht es um die Risikokonstellationen "Übergewicht" und "verzerrte Wahrnehmung". Die eine Risikogruppe ist besonders vor dem Hintergrund der Geschlechterperspektive interessant (Mädchen), die andere verweist auf die Bedeutung der sozialen Herkunft beim Umgang mit dem Körper - hier sich untere Schichten auffällig. Insgesamt macht die Untersuchung den Einfluss von Geschlecht und Schichtzugehörigkeit auf den Umgang Jugendlicher mit ihrem sich verändernden Körper sichtbar. (ICE2)

[155-F] Hoffmann, Elke, Dr.; Menning, Sonja; Wurm, Susanne, Dr.; Mardorf, Silke, Dr.; Nöthen, Manuela; Schelhase, Torsten; Lampert, Thomas; Saß, Anke, Dr.; Schütz, Benjamin, Dr.; Hokema, Anna; List, Sabine, Dr. (Bearbeitung); Tesch-Römer, Clemens, Prof.Dr.; Böhn, Karin; Ziese, Thomas, Dr. (Leitung): **Alter und Gesundheit**

**INHALT:** Das Ziel des Projektes ist eine Publikation zum Thema "Alter und Gesundheit", das anhand empirischer Analysen eine thematische Verknüpfung zwischen Informationen der amtlichen Statistik und wissenschaftlichen Forschungsergebnissen anzielt. Ein hohes Alter in guter Gesundheit zu erreichen ist ein hohes individuelles und gesellschaftliches Ziel. In Gesundheit lassen sich die Alltagskompetenzen aufrechterhalten, die ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben mit eigenen Zielen ermöglichen. Entsprechend steigt die individuelle Wertschätzung wie die gesellschaftliche Bedeutung guter Gesundheit mit dem Alter an. Der Erhalt guter Gesundheit im Alter hat darüber hinaus Konsequenzen für die individuellen und gesellschaftlichen Ausgaben: Eine bessere Gesundheit älter werdender Menschen könnte auch eine geringere Inanspruchnahme von (kostenträchtigen) Krankenbehandlungen mit sich bringen. Für Deutschland, das im Vergleich mit anderen Ländern nicht nur viel Geld für Gesundheit ausgibt, sondern auch von der demografischen Alterung besonders betroffen ist, sollte die Gesundheit im Alter daher ein Schwerpunktthema werden. Welche Bedingungen ermöglichen nun aber ein Älterwerden in guter Gesundheit? Welche Rolle spielen gesundheitliche, medizinische und pflegerische Angebote für die Gesundheit älter werdender und alter Menschen und wird die Gesundheit immer teurer, wenn die Gesellschaft insgesamt immer älter wird? Verstärkt sich die Bedeutung sozialer Ungleichheit für die Gesundheit im Alter - oder schwächt sich ihre Bedeutung ab? Das vorzulegende Buch versucht Antworten auf diese Fragen zu geben. Die Analysen stützen sich dabei auf Daten der deutschen und europäischen Statistik sowie der Gesundheits- und Altersberichterstattung. *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Bundesrepublik Deutschland, ggf. europäische und weltweite Vergleiche

**METHODE:** Beantwortung von Forschungsfragen anhand empirischer Analysen von Surveydaten (Primär- und Sekundärdaten) und von Daten der amtlichen Statistik *DATENGEWINNUNG:* Sekundäranalyse von Aggregatdaten (alle wichtigen Quellen zum Thema -große Vielfalt-).

**ART:** Eigenprojekt *BEGINN:* 2005-10 *ENDE:* 2008-12 *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Institution

**INSTITUTION:** Deutsches Zentrum für Altersfragen (Manfred-von-Richtofen-Str. 2, 12101 Berlin); Statistisches Bundesamt (65180 Wiesbaden); Robert Koch Institut (Postfach 650261, 13302 Berlin)

**KONTAKT:** Tesch-Römer, Clemens (Prof.Dr. Tel. 030-2607400, e-mail: clemens.tesch-roemer@dza.de)

[156-CSA] Holstein, Bjorn E.; Due, Pernille; Krolner, Rikke; Rasmussen, Mette; Andersen, Anette; Trab Damsgaard, Mogens; Graham, Hilary:

**Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities**, in: Scandinavian Journal of Public Health, vol. 39, no. supplement 6, pp. 62-78, 2011, ISSN: 1403-4948

**INHALT:** Aims: This paper presents a model that encompasses pathways and mechanisms working over adolescence that contribute to adult health inequalities. We review evidence on the four mechanisms: socially differential exposure, tracking, socially differential tracking, and socially differential vulnerability. Methods: We conducted literature searches in English-language peer-reviewed journals using PubMed (from 1966 to May 2009) and PsycINFO, and combined these with hand-searches of reference lists, journals, and authors of particular relevance. Results: Most health indicators are socially patterned in adolescence and track into adulthood, with higher risks of adverse outcomes among individuals from lower socioeconomic positions. Adolescent health behaviours track into adulthood. Smoking, physical activity, and especially fruit and vegetable intake are socially patterned, while evidence for social patterning of alcohol use is less consistent. Relational dimensions like lone parenthood and bullying are socially patterned and track over time, and there are indications of a socially differential vulnerability to the effects of these types of relational strain. Very little research has investigated the social patterning of the above indicators over time or studied social vulnerability of these indicators from adolescence to adulthood. However, all four mechanisms seem to be active in establishing social differences in adult educational attainment. Conclusions: We find the Adolescent Pathway Model useful for providing an overview of what elements and mechanisms in adolescence may be of special importance for adult health inequalities. There is a lack of knowledge of how social patterns of health, health behaviours, and social relations in adolescence transfer into adulthood and to what extent they reflect themselves in adult health. Adapted from the source document.

[157-L] Homfeldt, Hans Günther:

**Altern und Gesundheit**, in: Gerald Knapp (Hrsg.) ; Helmut Spitzer (Hrsg.): Altern, Gesellschaft und soziale Arbeit : Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich, Klagenfurt: Hermagoras Verl., 2010, S. 435-457, ISBN: 978-3-7086-0555-5

**INHALT:** Im Handlungsfeld Gesundheit und Alter steht die Sozialarbeit aufgrund sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten, die auch im Alter fortbestehen, sozial ungleicher Versorgung im Alter, vor allem auch in Bezug auf Migranten, sowie genderspezifischer Grundgegebenheiten vor vielfältigen Herausforderungen. Spezifische Beiträge der Sozialarbeit werden in Projekten zur Gesundheitsförderung und in der Prävention sowohl in der Altenpflege wie auch in der stationären Altenhilfe gesehen. Unerlässlich wichtig ist die Kompetenz zu interprofessioneller Kooperation. Sozialarbeit sollte als Wissenschaft ihr Forschungsprofil im Handlungsfeld "Gesundheit und Alter" weiter profilieren. (ICE2)

[158-L] Homfeldt, Hans Günther:

**Gesundheit und Krankheit im Alter**, in: Kirsten Auer (Hrsg.) ; Ute Karl (Hrsg.): Handbuch soziale Arbeit und Alter, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2010, S. 315-320, ISBN: 978-3-531-15560-9

**INHALT:** Gesundheit und Krankheit sind dem Autor zufolge an Wertvorstellungen der Gesellschaft gebunden, indem sie Deutungen zwischen den individuellen Körpern des Menschen und den gesellschaftlichen Anforderungen an ein bestimmtes Verhalten vermitteln. Die gesellschaftlichen Erwartungen sind den Körpern kulturell eingeschrieben und haben sich mit wachsender Tendenz in der postindustriellen Gesellschaft zu einem profitablen Markt bis ins hohe Lebensalter entwickelt. Gesundheit droht dabei zu einem Fetisch zu verkommen, der das Sterben und den Tod aus dem gelebten Alltag verdrängt hat. Wenn die Lebenslage als Spielraum des Einzelnen aufgefasst wird, seine materiellen und immateriellen Interessen umzusetzen, so zeigt sich zum einen in substanzialer Hinsicht, dass die Voraussetzungen dazu in allen Lebensaltern ungleich verteilt sind, zum anderen wird konzeptionell sichtbar, dass ein solcher Lebenslagen-Ansatz trotz unterschiedlicher Wurzeln dem "capability"-Ansatz von A. Sen nahe steht. Beide Ansätze gehen davon aus, dass der Handlungsspielraum einer Person Einfluss auf ihr Wohlergehen hat und dass ein solcher Spielraum mit der Zunahme so-



zialer Ungleichheit sinkt. Der Autor skizziert in seinem Beitrag die sozialen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit, das Ausmaß körperlicher Erkrankungen im Alter, die geschlechtsspezifischen Unterschiede von Gesundheit und Krankheit, Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sowie die gesundheitliche Lage alter Migranten. Er geht abschließend kurz auf die Prävention und Gesundheitsförderung im Alter ein. (ICI2)

[159-L] Huisman, Matijn:

**Gesundheitliche Ungleichheit im hohen Lebensalter**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 259-381, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Der Verfasser bietet einen Überblick über den internationalen Forschungsstand auf deskriptiver und teilweise auch auf erklärender Ebene. Die wichtigste Schlussfolgerung aus den deskriptiven Studien ist, so der Autor, dass es im hohen Alter unzweifelhaft bedeutende sozioökonomische Unterschiede sowohl in der Mortalität und der Morbidität als auch bei altersbedingten Behinderungen gibt. Prägnant ist aber, dass das Ausmaß dieser Ungleichheiten offenbar nach Wahl der Indikatoren, Altersgruppe, Geschlecht und Land variiert. Es kann damit festgehalten werden, dass (1) die deskriptive Forschung auch weiterhin Priorität auf dem Gebiet sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit genießen sollte, um ein möglichst lückenloses Bild dieser Ungleichheiten zu erlangen und dass (2) "erklärende" Forschungsbemühungen nicht nur gerechtfertigt, sondern auch notwendig sind. Es lassen sich, auch wenn erst wenige erklärende Studien existieren, bereits einige wichtige Lehren für die Prävention ziehen. Die wohl wichtigste ist, so die These, dass es wenig zielführend wäre, Präventionsbemühungen separat auf die ältere Bevölkerung zu richten. Prävention soll auch und gerade früh im Lebenslauf beginnen. Obwohl es noch nicht viele Versuche gegeben hat, gesundheitliche Ungleichheiten im hohen Alter zu reduzieren, kann erwartet werden, dass präventive Maßnahmen, die auf jüngere Altersgruppen zielen, sich auch positiv auf die Entstehung von Ungleichheiten im Alter auswirken können. Aber Wege zu finden, auf denen diese Zusammenhänge weiter wissenschaftlich erschlossen werden können, bleibt eine große Herausforderung. (ICF2)

[160-L] Jungbauer-Gans, Monika; Kriwy, Peter:

**Vorsorge und soziale Ungleichheit in der Kindheit: sozialökologische Analyse der Schuleingangsuntersuchung in München 2001**, in: Karin Tiesmeyer (Hrsg.) ; Michaela Brause (Hrsg.) ; Meike Lierse (Hrsg.) ; Martina Lukas-Nülle (Hrsg.) ; Thomas Hehlmann (Hrsg.): Der blinde Fleck : Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung: Huber, 2008, S. 143-162, ISBN: 978-3-456-84493-0 (Standort: UB Siegen(467)-31/ORZ/2790)

**INHALT:** Der Beitrag setzt sich mit der Frage auseinander, ob es soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung in Deutschland gibt. Er konzentriert sich dabei auf die gesundheitliche Prävention im Kindes- und Jugendalter. Untersucht wird, ob die Struktur des Systems der Gesundheitsversorgung Anhaltspunkte für sozial ungleiche Zugangsmöglichkeiten zu gesundheitlicher Versorgung bietet. Erklärungsmöglichkeiten für Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zeigen sich vor allem in Verhaltensweisen der Inanspruchnahme, eingebettet in den Komplex des sozialschichtabhängigen Gesundheitsverhaltens. Sozialökologische Unterschiede bei den gesundheitlichen Befunden, dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen lassen sich anhand der Daten der Schuleingangsuntersuchung 2001 in München sichtbar machen. Abschließend wird diskutiert, wie man soziale Unterschiede beim Inanspruchnahmeverhalten vermindern kann. (ICE2)

[161-L] Klocke, Andreas:

**Ausblick: Die junge Generation im demografischen Wandel - Soziale Ungleichheit in Bildung und Gesundheit**, in: Sven Stadtmüller (Hrsg.) ; Andreas Klocke (Hrsg.): Der demografische Wandel in der Region Frankfurt-Rhein-Main, Frankfurt am Main: Fachhochschulverl., 2010, S. 123-133, ISBN: 978-3-940087-64-5

**INHALT:** Der Autor thematisiert in seinem Ausblick die Demografie als Herausforderung für die junge Generation, die soziale Ungleichheit bei den Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen, das Ausmaß von Armut im Kindes- und Jugendalter, die Rolle von Bildung und Gesundheit als zentrale Herausforderungen für arme Kinder und Jugendliche sowie die Perspektiven über ungleiche Kindheit und Jugend im demografischen Wandel. Zusammenfassend zeigt sich seines Erachtens, dass die heranwachsende und zukünftige Jugend vor erheblichen Herausforderungen steht und zugleich nur unzureichend von den Erwachsenen auf diese Aufgaben vorbereitet bzw. mit den notwendigen Ressourcen ausgestattet wird. Denn sie soll (1) die technologischen Herausforderungen der Wissensgesellschaft meistern. In der Schule wird jedoch unnötigerweise selektiert und es werden nur unzureichend die jungen Menschen gefördert, die von zu Hause keine Unterstützung erwarten können. (2) Sie soll die ältere Generation finanzieren, ohne dass ihnen soziale Sicherheit und ausreichende Einkommenschancen geboten werden. (3) Sie soll Familien gründen, ohne dass ihnen berechenbare Berufs- und Lebenswege eröffnet werden. (4) Sie soll gesund und leistungsfähig sein, aber es stellt sich die Frage, ob dies alle Jugendlichen der nachwachsenden Generation unabhängig von sozialer Herkunft und ethnischer Zugehörigkeit erreichen können. (ICI2)

[162-L] Klocke, Andreas:

**Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche: soziales Kapital als Ressource der Armutsbewältigung**, in: Ronald Lutz (Hrsg.) ; Veronika Hammer (Hrsg.): Wege aus der Kinderarmut : gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze, München: Juventa Verl., 2010, S. 40-49, ISBN: 978-3-7799-1889-9

**INHALT:** Die Frage, wie Kinder und Jugendliche belastende Lebenssituationen verarbeiten und bewältigen, wird in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion mit dem Begriffspaar "Risikofaktoren" und "Schutzfaktoren im Jugendalter" diskutiert. Dabei werden verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren, die auf der individuellen (Intelligenz, Selbstwertgefühl), der familialen (Familienform, sozioökonomischer Status der Familie), der interaktiven (Freunde, Gleichaltrigengruppe) sowie der sozialen (Nachbarschaft, Kommune) Ebene angesiedelt sind, voneinander unterschieden. Diesen Faktoren wird grundsätzlich eine doppelte Valenz zugesprochen, indem sie sowohl Risiken als auch Schutz bereithalten können. Im vorliegenden Beitrag wird versucht, den Einfluss des sozialen Kapitals als Mediatorvariable zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Jugendalter genauer zu bestimmen. Dazu wird zunächst die Datengrundlage der Studie "Health Behavior in School-Aged Children - A WHO Cross National Survey" (HBSC) vorgestellt. Danach wird der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit betrachtet, um auf dieser Grundlage eine konzeptionelle Operationalisierung des Sozialkapitals vorzunehmen. Es schließen sich einige Analysen zur Wirkung des sozialen Kapitals an, bevor in einer Schlussbetrachtung die Bedeutung des Sozialkapitals für die Sozial- und Gesundheitspolitik herausgestellt wird. (ICI2)

[163-L] Knesebeck, Olaf von dem; Mielck, Andreas:

**Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter**, in: Axel Börsch-Supan (Hrsg.) ; Karsten Hank (Hrsg.) ; Hendrik Jürges (Hrsg.) ; Mathis Schroeder (Hrsg.): 50plus in Deutschland und Europa : Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2009, S. 135-147, ISBN: 978-3-531-16561-5

**INHALT:** Während in den Vereinigten Staaten zahlreiche Studien zu statusspezifischen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung durchgeführt wurden, ist die Befundlage in Deutschland nach Einschätzung der Autoren ausgesprochen defizitär. Es liegen insbesondere kaum Erkenntnisse über statusspezifische Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung von Personen des höheren Lebensalters vor. Angesichts dieses Forschungsdefizits wird im vorliegenden Beitrag der Zusammenhang zwi-

schen sozialer Ungleichheit und ausgewählten Aspekten der gesundheitlichen Versorgung im höheren Lebensalter in Deutschland analysiert. Datengrundlage ist der Release 1 des "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE) aus dem Jahr 2004. SHARE basiert auf Wahrscheinlichkeitsstichproben der Bevölkerung im Alter von 50 und mehr Jahren in 10 europäischen Ländern. Die Analysen für den vorliegenden Beitrag sind auf den deutschen Datensatz begrenzt und beziehen sich auf eine Befragung von 1921 Personen im Alter von 50 Jahren und mehr. Die soziale Ungleichheit wird anhand von drei Indikatoren (Bildung, Einkommen und Geldvermögen) untersucht, während hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung ausgewählte Aspekte des geriatrischen Assessments durch den Hausarzt und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen beleuchtet werden. (ICI2)

[164-L] Knesebeck, Olaf von dem:

**Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit im Alter**, in: Adelheid Kuhlmeier (Hrsg.) ; Doris Schaeffer (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*: Huber, 2008, S. 120-130, ISBN: 978-3-456-84573-9

**INHALT:** Unter sozialer Ungleichheit wird im Allgemeinen die gesellschaftlich hervorgebrachte, relativ dauerhaft vorgegebene Struktur ungleicher Verteilung von knappen und begehrten Gütern und Ressourcen auf die Mitglieder einer Gesellschaft verstanden, welche die Realisierung von allgemein akzeptierten Zielvorstellungen bzw. die Beeinträchtigung von Lebenschancen beeinflussen. Als relevante Dimensionen sozialer Ungleichheit in modernen Gesellschaften gelten dabei materieller Wohlstand, Macht, Prestige und Bildung. Die gesundheitsrelevanten Auswirkungen sozialer Ungleichheit werden auch seit langem von Disziplinen wie der Medizinsoziologie oder der Sozialepidemiologie thematisiert und in der neueren Forschung unter dem Begriff "gesundheitliche Ungleichheit" diskutiert. Der vorliegende Beitrag verfolgt das Ziel, einen Überblick über den Forschungsstand zum Thema "Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit im Alter" zu geben. Im ersten Abschnitt erfolgt eine alterssoziologische Betrachtung von Ungleichheitsstrukturen, indem der Frage nachgegangen wird, welche Indikatoren zur Beschreibung von sozialer Ungleichheit im Alter angemessen sind und wie sich die sozialen Ungleichheiten im Verlauf des höheren Lebensalters verändern. Im zweiten Abschnitt erfolgt ein kurzer Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Ausmaß und zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten. Im dritten Abschnitt wird abschließend anhand ausgewählter nationaler und internationaler Studien die Bedeutung sozialer Ungleichheit für die Gesundheit und Krankheit im höheren Lebensalter aufgezeigt. Darüber hinaus werden mögliche Erklärungsfaktoren für die gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter angesprochen. (ICA2)

[165-CSA] Kondo, Katsunori:

**Health Inequalities in Japan: An Empirical Study of Older People**, Balwyn North, Vic.: Trans Pacific Press, 2010, ISBN: 9781920901714

**INHALT:** The life expectancy of the Japanese is among the highest in the world, and their preventive system to avoid nursing care is attracting international attention. Based on a large sample of senior citizens, this quantitative study examines the ways in which preventive care is exercised in such areas as depression, oral health, insomnia, social isolation, and poor diet. The book focuses on the degree to which social inequalities and disparities are distributed among the elderly and it argues that a socio-epidemiological approach that emphasizes psycho-sociological variables deserves special attention. It analyzes the 'social determinants of health' and goes far beyond the normal purview of individual-focused health care to consider the long-term effects of education and investment in social capital for the health of older people.

[166-L] Kuhlmeier, Adelheid; Schaeffer, Doris (Hrsg.):

**Alter, Gesundheit und Krankheit**, (Handbuch Gesundheitswissenschaften), Bern: Huber 2008, 436 S., ISBN: 978-3-456-84573-9

**INHALT:** "In Deutschland leben heute fast 20 Millionen Frauen und Männer, die älter als 60 Jahre sind. Ihr Gesundheitszustand ist besser als der alter Menschen in früheren Zeiten. Zugleich erhöht die Ver-

längerung des Lebens die Wahrscheinlichkeit von Funktionseinbußen, Gesundheitsstörungen und chronischen Krankheiten. Diese Entwicklung wiederum stellt die Versorgung vor neue Herausforderungen und die Gesellschaften des langen Lebens vor die Frage, wie Gesundheit im Alter erhalten werden kann. Die Beiträge des Handbuchs geben einen Überblick theoretischer Grundlagen, diskutieren empirische Befunde und bewerten den gegenwärtigen Umgang mit Krankheit und Gesundheit im Alter." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Andreas Kruse: Psychologische Veränderungen im Alter (15-32); Wolfgang Clemens: Sozialwissenschaftliche Aspekte des Alter(n)s (33-45); Gerhard Naegele: Sozial- und Gesundheitspolitik für ältere Menschen (46-63); Hans-Joachim von Kondratowicz: Alter, Gesundheit und Krankheit aus historischer Perspektive (64-84); Adelheid Kuhlmeier: Altern - Gesundheit und Gesundheitseinbußen (85-96); Matthias W. Riepe: Psychische Störungen und Krankheiten im Alter (97-106); Andreas Büscher und Klaus Wingefeld: Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter (107-119); Olaf von dem Knesebeck: Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit im Alter (120-130); Susanne Wurm und Clemens Tesch-Römer: Gesundheit älterer Erwerbstätiger (131-143); Birgit Babitsch: Gesundheit und Krankheit älterer Frauen und Männer (144-155); Liane Schenk: Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten (156-174); Stefan Görres und Martina Hasseler: Gesundheit und Krankheit vulnerabler älterer Bevölkerungsgruppen (175-192); Britta Renner und Ursula M. Staudinger: Gesundheitsverhalten alter Menschen (193-206); Hans-Werner Wahl und Frank Oswald: Ökologische Bedingungen der Gesundheitserhaltung älterer Menschen (207-224); Heidrun Mollenkopf: Neue technische Entwicklungen und Erhalt der Selbstständigkeit im Alter (225-244); Ulla Walter: Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter (245-262); Vjenka Garms-Homolová: Prävention bei Hochbetagten (263-275); Ulrich Bauer: Erfordernisse zielgruppenspezifischer Prävention im Alter (276-296); Peter Zeman: Informelle Netze und Selbsthilfe und ihr Beitrag zur Versorgung alter Menschen (297-307); Melanie Keyser und Hagen Sandholzer: Ambulante ärztliche Versorgung alter Menschen (308-319); Wolfgang von Renteln-Kruse: Krankenhausversorgung alter Menschen (320-333); Ralf-Joachim Schulz, Hanife Kurtal und Elisabeth Steinhagen-Thiessen: Rehabilitative Versorgung alter Menschen (334-351); Doris Schaeffer, Andreas Büscher und Michael Ewers: Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen (352-369); Klaus Wingefeld: Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen (370-381); Andreas Heller und Sabine Pleschberger: Palliative Versorgung im Alter (382-399); Joachim Kuhlmeier: Versorgung älterer Menschen aus ethischer Perspektive (400-411); Maik H.-J. Winter: Anforderungsveränderungen an die Qualifizierung der Gesundheitsberufe (412-420).

[167-L] Kümpers, Susanne:

**Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention**, (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen Forschungsgruppe Public Health, 2008-301), Berlin 2008, 51 S. (Graue Literatur; [bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-301.pdf](http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-301.pdf)); Forschungsbericht/Nummer: SPI2008-301

**INHALT:** "Demografische und epidemiologische Entwicklungen lassen einen erheblich erhöhten Druck auf die medizinische und pflegerische Versorgung erwarten. Daraus ergibt sich die Dringlichkeit zweier gesellschaftspolitischer Ziele: die Gesundheit der Älteren zu erhalten sowie ihre Potentiale zu nutzen. Da sich gesundheitliche Ungleichheit bis ins hohe Alter fortsetzt, sind sozioökonomische und gesundheitliche Ungleichheit und die Zusammenhänge zwischen ihnen wichtige Themen im Zusammenhang mit Prävention, auch im Alter. Im vorliegenden Paper werden daher Eckpunkte für primärpräventive Strategien mit benachteiligten Älteren entwickelt. Der erste Teil des vorliegenden Discussion Papers fasst den derzeitigen Stand zu Gesundheits- und Krankheitsmustern sowie Befunde zur sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen bei älteren Menschen zusammen. Im zweiten Teil werden theoretische und empirische Ansatzpunkte zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit aufgezeigt: Bourdieus Konzepte des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals sowie Befunde zum Verhältnis von Bildung und gesellschaftlicher Partizipation im Alter. Auf diesem Hintergrund wird ein soziallagensensibles Modell der Kontext- und Prozessfaktoren für aktives und gesundes Altern vorgestellt. Im dritten Teil wird eine Standortbestimmung für geeignete primärpräventive Interventionsstrategien für benachteiligte Ältere unternommen. Der Stadtteil (die Kleinstadt, das Dorf) wird als relevantes Setting für präventive Strategien eingeführt und begründet. Im Anschluss werden Ergebnisse einer im Jahr

2005 durchgeführten Pilotrecherche zum Thema 'stadtteilbasierter Gesundheitsförderung für benachteiligte ältere Menschen' dargestellt: Erfolgreiche Projekte arbeiten zielgruppenspezifisch, aktivierend und partizipativ. Bedürfnisse der Zielgruppen betreffen breite Themenspektren. Die Unterstützung sozialer Vernetzung älterer Menschen gilt als zentral. Erfolgreiche Projekte bauen auch auf lokale Akteursnetzwerke, um Ressourcen im Stadtteil zu erschließen. Evaluation und Qualitätsmanagement befinden sich noch im Anfangsstadium. Abschließend werden Schlussfolgerungen für den bestehenden Forschungsbedarf gezogen." (Autorenreferat)

[168-L] Lampert, Thomas; Maas, Ineke; Mayer, Karl Ulrich:

**Sozioökonomische Ungleichheit der Mortalität im hohen Alter**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 382-402, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Die Verfasser stellen Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie (BASE) vor, eine der wenigen aussagekräftigen Studien über gesundheitliche Ungleichheiten im hohen Alter in Deutschland. Sie zeigen, dass auch im hohen Alter sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Sterblichkeit vorliegen, auch wenn sie sich etwas schwächer und teilweise auch inkonsistenter darstellen. Im Zuge der demographischen Alterung ist zu erwarten, so die Autoren, dass sich das Muster der Mortalität in der älteren Bevölkerung wandelt. Wenn immer mehr Menschen alt und sehr alt werden, die bislang aufgrund benachteiligter Lebensbedingungen und einer hohen Krankheitsanfälligkeit vorzeitig gestorben sind, dann verlieren Selektionsprozesse an Bedeutung. Dies kann dazu führen, dass sich die sozioökonomische Ungleichheit im Sterbegeschehen zunehmend vom mittleren ins höhere Alter verlagert, was das gesamte Erscheinungsbild des Alter(n)s nachhaltig verändern würde. Schon aus diesem Grund sollten alte und sehr alte Menschen stärker als bisher in der sozialepidemiologischen Forschung berücksichtigt werden. (ICF2)

[169-L] Lampert, Thomas:

**Gesundheitliche Ungleichheit: welche Bedeutung kommt dem sozialen Status für die Gesundheit von Jugendlichen zu?**, in: Horst Hackauf (Hrsg.) ; Heike Ohlbrecht (Hrsg.): Jugend und Gesundheit : ein Forschungsüberblick, München: Juventa Verl., 2010, S. 44-65, ISBN: 978-3-7799-1752-6

**INHALT:** Der Verfasser setzt sich mit der Frage auseinander, welche Bedeutung der soziale Status für die Gesundheit von Jugendlichen hat. Die Datenbasis bildet die KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts, die für Jugendliche zwischen null und 17 Jahren repräsentativ ist. Diese Studie erlaubt es für Deutschland, Zusammenhänge zwischen dem Sozialstatus und Gesundheitsvariablen wie allgemeinem Gesundheitszustand, psychischen Verhaltensauffälligkeiten, Essstörungen, Übergewicht und Adipositas, körperlicher Aktivität, Nutzung elektronischer Medien sowie Tabakkonsum zu klären. Thematisiert werden dabei auch Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Kindes- und Jugendalter. (ICE2)

[170-L] Leopold, Liliya; Engelhardt, Henriette:

**Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? ; eine Längsschnittuntersuchung mit SHARE**, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 63/2011, H. 2, S. 207-236 (Standort: USB Köln(38)-Haa00277-b; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; dx.doi.org/10.1007/s11577-011-0133-6)

**INHALT:** "Dass die in frühen Lebensphasen erworbene Bildung die Gesundheit im Alter beeinflusst, ist unbestritten. Zum Ausmaß des bildungsspezifischen gesundheitlichen Abbaus liegen jedoch heterogene Ergebnisse vor. So bleibt unklar, ob sich gesundheitliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bildungsgruppen im Alter vergrößern (Divergenz), verkleinern (Konvergenz) oder ob sie konstant bleiben (Kontinuität). Die vorliegende Studie untersucht den bildungsbedingten Alterseffekt auf die Veränderung der Gesundheit mit zwei Wellen (2004, 2007) des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) für Personen im Alter zwischen 50 und 80 Jahren. Mit einheitlichen statis-

tischen Verfahren (OLS-Regressionen) wird die Veränderung der körperlichen, psychischen und kognitiven Gesundheit anhand von 12 Indikatoren multivariat analysiert. Das Ziel ist, generalisierbare Ergebnisse über die altersspezifischen Verläufe der Gesundheitsungleichheit zu erhalten. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Divergenz als das Hauptmuster bildungsbedingter Veränderungen der Gesundheit im Alter angesehen werden kann: Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Hoch- und Niedriggebildeten vergrößern sich im Alter für die Indikatoren Greifkraft, Einschränkungen bei Aktivitäten und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie in der Mobilität, depressiven Symptomen, numerischen Fähigkeiten und zeitlicher Orientierung. Für vereinzelte Indikatoren sind jedoch auch kontinuierliche Muster (Anzahl chronischer Krankheiten, subjektive Gesundheits-einschätzung, Gedächtnis) und konvergierende Verläufe (Sprechgeschwindigkeit) bildungsbedingter Gesundheitsunterschiede zu beobachten." (Autorenreferat)

[171-L] Liebsch, Katharina:

**Zwischen Enhancement und Stigmatisierung: Medikalisierung kindlichen Verhaltens als (neue) Umgangsform mit sozialer Selektion und Exklusion**, in: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, Jg. 4/2009, H. 4, S. 499-511 (Standort: USB Köln(38)-XG 9053; Kopie über den Literaturdienst erhältlich)

**INHALT:** "Der Beitrag geht der Frage nach, wie Prozesse sozialer Selektion und Exklusion durch die Rubrifizierung als 'Krankheit' und über Medikamentierung gesteuert werden. Am Beispiel der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S), die gegenwärtig eine der am häufigsten gestellten Diagnosen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist, wird in Auseinandersetzung mit Material aus Interviews mit betroffenen Kindern veranschaulicht, wie die Leitsymptome - Mangel in ausdauernder Konzentration, Impulsivität und Hyperaktivität - von den Symptomträgern wahrgenommen und gedeutet werden. Hierbei spielen die impliziten und expliziten Erwartungen und normativen Anforderungen der Erwachsenenwelt samt ihrer Institutionen eine herausragende Rolle. Sie sorgen dafür, dass die 'gestörten Störer' sich den geltenden Normen sozialer und institutioneller Erwartungen bereitwillig anpassen. Auf diese Weise etablieren sich neue Formen sozialer Ungleichheit, in denen die Kategorien Gesundheit, Generation und Geschlecht verschoben und neu besetzt werden." (Autorenreferat)

[172-F] Martens, Rudolf, Dr. (Leitung):

**Regionale Gesundheitsinfrastrukturdefizite, regionale soziale Lage und regionale Morbidität zur Identifizierung von regionaler Gesundheitsarmut bei Kindern**

**INHALT:** Die Leistungsgewährungen der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung stellen für einkommensschwache Haushalte - neben den sozialen Geldleistungen - mit die wichtigsten sozialen Sachleistungen des Sozialstaates dar. Das Projekt soll zeigen, wo Leistungsdefizite ("Gesundheitsarmut") in der Gesundheitsversorgung von Kindern besonders nachhaltig wirken. Kontext/ Problemlage: Eine nachhaltige Gesundheitspolitik ist zwingend einer Bedarfsgerechtigkeit verpflichtet. Unterschiedliche Ausstattungsniveaus im Gesundheitsbereich in Verbindung mit sozialer Unterversorgung auf der regionalen Ebene dürfen nicht zu Erscheinungen von Gesundheitsarmut führen. Entsprechend wäre es wichtig - und dies geschieht erstmalig mit dem Projekt - Regionen zu identifizieren, die ein erhöhtes Risiko von Gesundheitsarmut bei Kindern aufweisen. Hierbei bietet sich zugleich an, Gender-Gesichtspunkte zu untersuchen. Fragestellung: Hauptziel der Untersuchung ist die Identifizierung von Risikoregionen in Deutschland, in denen defizitäre soziale Lagen auf erhöhte Kindermorbiditäten treffen. Zu denken ist besonders an die Situation in Ostdeutschland, bei der Armut und Langzeitarbeitslosigkeit in Familien auf eine hohe Versorgung mit Gesundheitsleistungen für Kinder trifft. Die Frage ist, inwieweit - und vor allen wie lange angesichts der Überalterung der Kinderärzte - diese gute Gesundheitsversorgung die ohne Frage prekäre soziale Situation vieler ostdeutscher Familien bezogen auf Kindergesundheit stabilisieren kann. Die Untersuchung regionalisiert konsequent soziale Lage und Gesundheit (unterschiedliche Kindermorbiditäten). Ein vergleichbares Projekt wurde so bisher weder bei Kindern noch bei Erwachsenen durchgeführt.

**METHODE:** Entsprechend dem Ziel, Risikoregionen erhöhter Gesundheitsarmut bei Kindern auszuweisen, in denen defizitäre soziale Lagen auf erhöhte Kindermorbiditäten treffen, müssen geeignete Indikatoren für die Bereiche Gesundheitsversorgung, soziale Lage und Kindermorbidität entwickelt wer-

den. Die ausgewählten Indikatoren werden in einzelnen Kartogrammen bzw. kumulativen Kartogrammen dargestellt. Durch Vergleiche der Indikatoren zur Gesundheitsversorgung, der sozialen Lage und der Kindermorbidität ergeben sich regionale Muster von Risikoregionen erhöhter Gesundheitsarmut bei Kindern.

**ART:** gefördert **AUFTRAGGEBER:** keine Angabe **FINANZIERER:** Hans-Böckler-Stiftung  
**INSTITUTION:** Der Paritätische Gesamtverband (Oranienburger Str. 13-14, 10178 Berlin)  
**KONTAKT:** Leiter (e-mail: rudolf.martens@paritaet.org)

[173-F] Medizinische Hochschule Hannover:  
**Frauen-, Kinder- und Familiengesundheit**

**INHALT:** Im Forschungsverbund Familiengesundheit werden Studien zur Mütter-, Kinder- und Familiengesundheit im Kontext von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter bzw. Mütter/ Väter und ihre Kinder durchgeführt. Im Vordergrund stehen mütterspezifische Belastungen und Beschwerden. Im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Anforderungen, drohenden Existenzkrisen, Wandel der Familienformen und Verunsicherung in der Mutterrolle geraten viele Frauen an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Eine ständige Überforderung bei mangelnder Entlastung und Regeneration führt zu Befindlichkeitsstörungen, psychosomatischen Beschwerden und Krankheitssymptomen, die das Leben und den Alltag in der Familie erheblich beeinträchtigen. Diese mütterspezifischen Überlastungen und Erkrankungen haben Collatz et al. (1998) als Leitsyndrom beschrieben. 80% aller Mütter, die eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für Mütter bzw. Mütter und Kinder in Anspruch nehmen, sind davon betroffen. Das Leitsyndrom ist gekennzeichnet durch das Kernsyndrom der Erschöpfung, Multimorbidität, Multiaxialität und in deren Folge Einschränkungen der Aktivitäten und der Partizipation (Kernsyndrom: schwere Erschöpfungszustände; psychosomatische Beschwerden; Burn-Out-Syndrom. Multimorbidität: somatische und psychische Erkrankungen und Beschwerden -weitgehend im frühen Befundstadium. Multiaxialität: psychosoziale Probleme; Gratifikationskrisen. Einschränkungen der Aktivitäten und der Partizipation: Probleme in der Bewältigung häuslicher und beruflicher Aktivitäten; Störungen der Mutter-Kind-Interaktion; Störungen der kindlichen Entwicklung; Störungen des Familiensystems und des sozialen Netzwerks). In der jüngeren Vergangenheit standen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Mütter- und Kindergesundheit sowie zu spezifischen Problemlagen (Mütter mit Migrationshintergrund, Mütter mit chronischen Rückenschmerzen, Mütter mit Gratifikationskrisen) im Mittelpunkt der Forschung. Die Effektivität und Nachhaltigkeit der zielgruppenspezifischen stationären Maßnahmen konnte anhand der Daten von etwa 7.000 Müttern und über 10.000 Kindern belegt werden (siehe Publikationen).

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Arnhold-Kerri, Sonja: Eignet sich der KINDL zur Erfassung von Behandlungseffekten bei Kindern in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder? in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Jg. 59, 2009, S. 177-185.++  
 +Arnhold-Kerri, Sonja; Sperlich, Stefanie: Vermitteln Erziehungsressourcen von Müttern zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Kindern? in: Gesundheitswesen, Jg. 72, 2009, H. 2, S. 77-87 (Download unter: [dx.doi.org/10.1055/s-0029-1214398](http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1214398)).+++  
 Arnhold-Kerri, Sonja; Collatz, Jürgen: Besteht bei Müttern ein Zusammenhang zwischen psychischem Befinden, negativen Stressverarbeitungsstrategien und der Wahrnehmung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten? in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Jg. 72, 2006, H. 2, S. 165-171.+++  
 Barre, Friederike: Effektivität und Nachhaltigkeit der Behandlung von Rückenschmerzen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder. in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Jg. 72, 2006, H. 2, S. 172-177.+++  
 Sperlich, Stefanie; Collatz, Jürgen: Ein-Elternschaft - eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Jg. 72, 2006, H. 2, S. 127-137.+++  
 Neubourg, Stefan: Wie fühlen sich Mütter in der Erziehung ihrer Kinder? Zum Stand und zu Veränderungen erlebter elterlicher Kompetenz während einer mütterspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme. in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Jg. 72, 2006, H. 2, S. 159-164.+++  
 Bruns, Sonja; Collatz, Jürgen: Differentielle Effekte von mütterspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen auf Belastung, Bewältigung und Befinden. in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Jg. 72, 2006, H. 2, S. 139-147.+++  
 Arnhold-Kerri, Sonja: Das mütterspezifische Leitsyndrom als Rahmenindikation. in: Collatz, Jürgen; Barre, Friederike; Arnhold-Kerri, Sonja (Hrsg). Prävention und Rehabilitation

für Mutter und Kind. Bedarf - Gesetze - Umsetzungen. Tagungsband des III. Wissenschaftliches Symposiums. Berlin: Wiss. Verl. Berlin 2005, S. 119-129.+++Collatz, Jürgen (2005): Risiken von Müttern und Kindern in einer flexiblen Gesellschaft, Versorgungsprobleme und salutogenetische Möglichkeiten. In: Collatz, Jürgen; Barre, Friederike; Arnhold-Kerri, Sonja (2005) (Hrsg.): Prävention und Rehabilitation für Mutter und Kind. Bedarf - Gesetze - Umsetzungen. Tagungsband des III. Wissenschaftliches Symposiums. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin, S. 32-50. ISBN 3-86573-128-7.+++Arnhold-Kerri, Sonja; Sperlich, Stefanie; Collatz, Jürgen: Krankheitsprofile und Therapieeffekte von Patientinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen. in: Rehabilitation, Jg. 42, 2003, H. 5, S. 290 - 299 (Download unter: [dx.doi.org/10.1055/s-2003-42858](http://dx.doi.org/10.1055/s-2003-42858) ).+++Neubourg, Stefan: Wie sicher fühlen sich Mütter in der Erziehung ihrer Kinder? Zum Stand und zu Veränderungen erlebter elterlicher Kompetenz von Müttern während einer Mutter-Kind-Maßnahme. Zugl. Hannover, Med. Hochsch., Diss., 2003. Hannover 2003 (Download unter: [nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:354-2006071889](http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:354-2006071889) ).+++Collatz, Jürgen; Barre, Friederike: Mütter und ihre Kinder brauchen eine familienorientierte Gesundheitsversorgung. in: Niedersächsisches Ärzteblatt, Sonderdr., 2003, Ausg. 11, S. 18-19.++Clauß, Anette: Veränderungen im weiblichen Selbstkonzept im Verlauf einer Mutter-Kind-Maßnahme. Zugl.: Hannover, Med. Hochsch., Diss., 2003. Berlin: Wiss. Verl. Berlin 2003, 112 S. ISBN 3-936846-25-1.+++Collatz, Jürgen: Mutter-Kind-Kuren: Weniger Medikamente. Studie belegt Langzeitwirkung der Maßnahmen. in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, 2001, H. 43, S. A2765.+++Collatz, Jürgen; Fischer, Gisela; Thies-Zajonc, Sophia (Hrsg.): Mütterspezifische Belastungen - Gesundheitsstörungen - Krankheit. Gesundheitsforum für Mütter und Kinder, Bd 1. Berlin: Verl. für Wiss. und Bildung 1998, 177 S. ISBN 3-86135-280-X.+++Collatz, Jürgen; Borchert, Henning; Brandt, Andreas; Titze, Inge: Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern. Der Beitrag von Mütterkuren zur Frauengesundheit. Deutschland: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 126. Stuttgart: Kohlhammer 1996, XII, 265 S. ISBN 3-17-014959-8.+++Borchert, Henning; Collatz, Jürgen: Zu Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Kindern. in: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 1994, H. 3, S. 109-118.+++Brandt, Andreas: Der Einfluss von Belastungen, Beschwerden und sozialer Unterstützung auf den Medikamentenkonsum von Müttern zwischen 20 und 50 Jahren. Zugl. Hannover, Med. Hochsch., Diss., 1994. Hannover: Med. Hochsch. 1994, XI, 136 Bl.+++Collatz, Jürgen: Kann die medizinische Versorgung frauen- und familienorientiert sein? in: Zeitschrift für Frauenforschung, Jg. 12, 1994, H. 4, S. 84-97. *ARBEITSPAPIERE*: Otto, Friederike: Psychosoziale Einflussfaktoren auf die Rückenschmerzbelastung bei Müttern und Frauen ohne Kinder im Haushalt. Tagung DGMS/ DGMP 2008, 25 S. (Download unter: [www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med\\_soziologie/downloads/Rueckenschmerzen\\_Jena\\_2008.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/med_soziologie/downloads/Rueckenschmerzen_Jena_2008.pdf) )

**ART:** keine Angabe **AUFTRAGGEBER:** keine Angabe **FINANZIERER:** keine Angabe

**INSTITUTION:** Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für öffentliche Gesundheitspflege, Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Soziologie (Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover)

**KONTAKT:** Institution -Sekretariat- (Tel. 0511-532-6423, Fax: 0511-532-6429, e-mail: [forschungsverbund@mh-hannover.de](mailto:forschungsverbund@mh-hannover.de))

[174-CSA] Navaneetham, K; Joe, W; Mishra, U S:

**Socio-economic inequalities in child health: Recent evidence from India**, in: Global Public Health, vol. 5, no. 5, 2010, ISSN: 1744-1692

**INHALT:** This paper analyses the Indian National Family Health Survey (2005-2006) data to present certain broad descriptive features of child health inequalities in India and their distribution across well-defined socio-economic groups classified by gender and sector-of-origin, and their dispersal across space. This study finds that poorer sections of the population are beleaguered with ill health whether in the quest for child survival or due to anxieties pertaining to child nutrition. The concentration index value for the indicators of under-five mortality, full immunisation and underweight outcomes at the national level is calculated to be -0.15, 0.204 and -0.158, respectively. The other disturbing finding here is that there are reigning regional and gender disadvantages irrespective of the developmental status of the State. This study would not only help policymakers to recognise these persistent inequalities but also would help understand health performance at the state and regional levels thus facilitating targeting intervention. Adapted from the source document.



[175-L] Ohlbrecht, Heike:

**Die Lebenswelten von Familie und Peers und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit**, in: Horst Hackauf (Hrsg.) ; Heike Ohlbrecht (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit : ein Forschungsüberblick*, München: Juventa Verl., 2010, S. 136-159, ISBN: 978-3-7799-1752-6

**INHALT:** Die Verfasserin setzt sich mit der Ambivalenz der Jugendphase als widersprüchlicher Lebenssituation auseinander, die von mehr Freiheitsgraden, aber auch neuen Belastungen geprägt ist. Zentral sind dabei für die Gesundheit der Jugendlichen relevante Ressourcen wie die Familie, die zu den maßgeblichen Gesundheits-Umwelten gehört. Besondere Folgen hat der Wandel der Familienkonstellationen. Familien nehmen als Ressource eine herausragende Stellung für die Schaffung von Gesundheitspotenzialen ein. Dies ist an viele Voraussetzungen gebunden und reicht von Unterschieden in den Familienformen und der sozialen Lage von Familien bis zur sozialen Benachteiligung von Familien. Eine zweite Einflussphäre neben familiär erlerntem Gesundheitsverhalten stellt für Jugendliche die Peerbeziehung dar. Dieser Einfluss Gleichaltriger überlagert bei Jugendlichen die familiär bedingte Gesundheitssozialisation, verliert dann aber wieder an Wichtigkeit, soweit nicht soziale Benachteiligung und chronische Armut wirksam werden. (ICE2)

[176-L] Ottova, Veronika; Richter, Matthias:

**Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: ein Resümee**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.) ; Andreas Klocke (Hrsg.) ; Wolfgang Melzer (Hrsg.) ; Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten : Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*, München: Juventa Verl., 2008, S. 255-272, ISBN: 978-3-7799-1971-1 (Standort: UB Duisburg(464)-E11OHT4849)

**INHALT:** Wie die Beiträge des Sammelbandes, deren Ergebnisse dieser Aufsatz resümiert, zeigen, haben soziale Ungleichheiten und soziale Lebenswelten bereits im Kindes- und Jugendalter einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit und den in dieser Lebensphase praktizierten Lebensstil. Der Beitrag dokumentiert diese Ergebnisse getrennt nach den Untersuchungsschwerpunkten "Gesundheit und Risikoverhalten" sowie "Gesundheit und Lebenswelt". Er formuliert dann Konsequenzen für die Prävention und Gesundheitsförderung: Reduzierung der Ungleichheit von Lebenschancen, Unterstützung benachteiligter Familien, Zusammenführung unterschiedlicher Strategien, Ausbau des Praxistransfers. (ICE2)

[177-CSA] Paran, Ester; Anson, Ofra:

**Socioeconomic position and health at old age: Results from 6-years follow-up study**, in: *Social Theory & Health*, vol. 8, no. 2, pp. 175-191, 2010, ISSN: 1477-8211

**INHALT:** Inconsistent results were reported in past research regarding the convergent, persistence or divergence of health inequalities at old age. It would seem that the persistence and the convergence of health inequalities depend on the social class indicator and the health outcome variables used. The aim of this article is to explore the degree to which higher level of education and better economic state predict four dimensions of health, measured by nine variables, among the elderly. 517 men and women aged 70-85 were interviewed, using a structured questionnaire. Six years later, 318 (80.9 per cent of those who survived) were re-interviewed. Four dimensions of health, education and economic state were studied. The results showed that there were no indications to convergence of health inequalities. Moreover, in this sample, health inequalities seemed to increase with age. Education and perceived economic state were consistently related to all aspects of health. The independent effect of education on physical health declined to a non-significant level during the 6 years of follow-up. Yet the independent effect of both education and income on cognitive functioning persisted during the follow-up period. None of the interactions between age and Socio-economic status (SES) indicators were statistically significant. Our findings support the salutogenic (Antonovsky, 1979) and the social disadvantaged position as a fundamental cause of disease approaches. We demonstrated the multi-dimensionality of both socioeconomic position and health. Education and income differentially predict different dimensions of health. Health inequalities, however, clearly persist at old age. Adapted from the source document.

[178-L] Power, Chris; Kuh, Diana:

**Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf**, in: Johannes Siegrist (Hrsg.) ; Michael Marmot (Hrsg.) ; Anja Kauß (Übersetzer) ; Simone Weyers (Übersetzer): Soziale Ungleichheit und Gesundheit : Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen: Huber, 2008, S. 45-76, ISBN: 978-3-456-84563-0 (Standort: UB Frankfurt am Main(30)-88/580/71)

**INHALT:** Die Autoren untersuchen die Frage, inwieweit Expositionen in frühen Lebensabschnitten die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Erwachsenenalter beeinflussen. Sie geben zunächst einen Überblick über die Faktoren früherer und späterer Lebensphasen, die bei der Entwicklung der Gesundheit im Erwachsenenalter relevant sind, und zeigen, dass viele dieser Faktoren eine sozial ungleiche Verteilung aufweisen. Sie schätzen anschließend mit Hilfe eines einfachen Verfahrens die Effekte des sozioökonomischen Umfelds in frühen Lebensabschnitten auf Ungleichheiten in der Mortalität, der Morbidität und im Gesundheitsverhalten des Erwachsenenalters. Sie gehen ferner der Frage nach, warum vor dem Hintergrund einer Lebenslaufperspektive bei der Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten neben den konventionellen Endgrößen von Krankheit und Sterblichkeit auch Verläufe von Gesundheit und Funktionsstatus relevant sind. Hierzu stellen sie ein konzeptuelles Rahmenwerk vor, welches die Wirkpfade früherer sozioökonomischer Faktoren auf spätere gesundheitliche Ungleichheiten verdeutlicht. Diese Wirkpfade werden anhand einiger Beispiele aufgezeigt, die die Entwicklung eingeschränkter psychischer Gesundheit, koronare Herzkrankheiten, Atemwegserkrankungen sowie körperliche Funktionseinschränkungen betreffen. (ICI2)

[179-CSA] Rahkonen, Ossi; Karvonen, Sakari:

**Subjective social status and health in young people**, in: *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, no. 3, pp. 372-383, 2011, ISSN: 0141-9889

**INHALT:** Health inequalities according to objective socioeconomic position (SEP), have been well-documented. Yet, in young people the associations are negligible. Recently, research on the association of subjective social status (SSS), and adult health has begun to accumulate. Studies on young people are rare and describe societies with large income inequalities. Here, we investigated the association between SSS and health, while controlling for own and familial SEP. The study population consisted of 15-year-olds (N = 2369) who have grown up in a context of low social inequalities. Data were derived from surveys carried out in 2004 in 29 secondary schools in Helsinki. The SSS was measured with an indicator specific to and validated for adolescents (a societal ladder). Outcome measures were self-rated health, health complaints, presence of limiting longstanding illness (LLI) and GH-Q-12 caseness (indicating psychiatric morbidity). The SSS associated strongly with all health measures. Adjusting for objective socioeconomic measures attenuated the associations; although they all remained statistically significant apart from LLI among girls. The subjective assessment contributes to health inequalities in young people largely independent of objective SEP. Subjective ratings most probably capture aspects of social hierarchy that are more subtle and less well represented than in conventional measures. Adapted from the source document.

[180-F] Rathmann, Katharina (Bearbeitung); Wegener, Bernd (Betreuung):

**Health and health inequalities in adolescents - the relevance of individual and contextual determinants**

**INHALT:** Cross-country comparative studies concerning the relation between social inequality and health have particularly shown that not only individual characteristics (such as demographic, social and material living conditions), but also socio-political and economic characteristics exert a decisive influence on health and socio-economic differences in health of the adult population. In this context, the welfare state, extent of income inequality, wealth of countries as well as welfare benefits are important determinants of health and socio-economic differences in health among adults as they mediate the extent and impact of socio-economic position on health. So far, comparative research has rarely focused on adolescents. The PhD project is among the first studies to examine whether and why different types of welfare state regimes and macro-structural factors are associated with differences

in health as well as in socio-economic inequalities between different regimes in subjective health outcomes among adolescents in over 40 countries.]

**ART:** Dissertation; gefördert *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Deutsche Forschungsgemeinschaft

**INSTITUTION:** Humboldt-Universität Berlin, Philosophische Fakultät III, Berlin Graduate School of Social Sciences (Unter den Linden 6, 10099 Berlin)

**KONTAKT:** Bearbeiterin (e-mail: katharinarathmann@yahoo.de)

[181-L] Ravens-Sieberer, Ulrike; Erhart, Michael:

**Die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.) ; Andreas Klocke (Hrsg.) ; Wolfgang Melzer (Hrsg.) ; Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten : Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, München: Juventa Verl., 2008, S. 38-62, ISBN: 978-3-7799-1971-1 (Standort: UB Duisburg(464)-E11OHT4849)

**INHALT:** In diesem Beitrag wird untersucht, welche Bedeutung die soziale Ungleichheit für eine Reihe von Aspekten und Indikatoren der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hat. Neben der Untersuchung direkter Einflüsse von und Beziehungen zwischen Aspekten der sozialen Ungleichheit wird analysiert, ob sich die Effekte dieser Faktoren bei verschiedenen soziodemographischen Ausgangsbedingungen bedeutsam unterscheiden. Definition und Operationalisierung des Konzeptes sozialer Ungleichheit in der HBSC-Studie werden ebenso erläutert wie theoretische Modelle und Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit in Kindheit und Jugend. Dann werden Ergebnisse der deutschen HBSC-Studie zu diesem Zusammenhang vorgelegt. Alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen und Verteilungen für verschiedene Indikatoren der Gesundheit von Jugendlichen werden dargestellt und Unterschiede nach familiärem Wohlstand werden identifiziert. In hierarchischen logistischen Regressionsanalysen wird die Bedeutung der verschiedenen sozioökonomischen Indikatoren für die einzelnen Gesundheitsaspekte differenziert nach Alter, Geschlecht und Schultyp untersucht. Die Befunde unterstreichen insgesamt die Bedeutung einer sozioökonomischen Benachteiligung für die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. (ICE2)

[182-L] Richter, Matthias; Ackermann Rau, Sabine:

**Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen**, in: Wolfgang Dür (Hrsg.) ; Rosemarie Felder-Puig (Hrsg.): Lehrbuch schulische Gesundheitsförderung: Huber, 2011, S. 107-115, ISBN: 978-3-456-84955-3

**INHALT:** Im vorliegenden Aufsatz wird ein kurzer Einblick in die aktuelle deutschsprachige Forschung über gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen gegeben. Auch wenn in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen die wissenschaftlichen Nachweise noch weniger zahlreich sind als bei Erwachsenen, weisen die vorhandenen Daten deutlich darauf hin, dass soziale Ungleichheiten auch bei jungen Menschen nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit nach sich ziehen. Die skizzierten Ergebnisse stehen exemplarisch für zahlreiche weitere internationale und nationale Forschungsergebnisse. Demnach werden die Chancen auf ein langes und gesundes Leben bereits am "Start" beeinträchtigt und die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass sich die soziale und gesundheitliche Benachteiligung im weiteren Lebenslauf fortsetzen wird. Bemerkenswert ist aber, dass sich kein durchgehend konsistentes Bild zeigt, wie beispielsweise im Erwachsenenalter. Allgemein ist davon auszugehen, dass bestimmte Aspekte der gesundheitlichen Lage empfindlicher gegenüber den Einflüssen sozialer Ungleichheit reagieren. Gerade vor dem Hintergrund des präventiven Potenzials, das bei Kindern und Jugendlichen vorliegt, ist es nach Meinung der Autoren dringend geboten, sich in den kommenden Jahren stärker mit der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Heranwachsenden auseinander zu setzen. (ICI2)

[183-L] Rosenbrock, Rolf:

**Ärmer stirbt früher: soziale Ungleichheiten wirken sich negativ auf die Lebenserwartung aus**, in: WZB-Mitteilungen, 2008, H. 120, S. 16-19 (Standort: USB Köln(38)-XA1592; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; [www.wzb.eu/publikation/pdf/wm120/16-19.pdf](http://www.wzb.eu/publikation/pdf/wm120/16-19.pdf))

**INHALT:** "Die Gesundheit der Bevölkerung soll nach dem Gerechtigkeitsmaßstab der Chancengleichheit gesichert werden. Medizin und Krankenversorgung spielen dabei eine zwar unverzichtbare, aber untergeordnete Rolle. Entscheidender sind Lebensverhältnisse und Bildungschancen der Menschen. Der Motor der Ungleichheit von Gesundheitschancen liegt also in Politikbereichen, die nicht das Wort 'Gesundheit' im Etikett haben - in denen aber höchst folgenreiche Entscheidungen über die Verteilung von Gesundheitschancen fallen." (Autorenreferat)

[184-L] Saß, Anke-Christiane; Lampert, Thomas; Ellert, Ute:

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Altersverlauf: gibt es Zusammenhänge zur soziökonomischen Lage?**, in: Karl-Siegbert Rehberg (Hrsg.) ; Dana Giesecke (Mitarb.) ; Thomas Dumke (Mitarb.): Die Natur der Gesellschaft : Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2, Frankfurt am Main: Campus Verl., 2008, S. 1379-1383, ISBN: 978-3-593-38440-5

**INHALT:** "Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (LQ) ist ein wichtiger Aspekt der Gesundheit und erfährt in den letzten Jahrzehnten in der medizinischen Praxis und in der epidemiologischen Forschung zunehmend mehr Beachtung. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass die gesundheitsbezogene LQ im mittleren Lebensalter durch soziökonomische Faktoren beeinflusst wird. Dies könnte u.a. daher rühren, dass Krankheiten und Gesundheitsstörungen in diesem Alter in sozial schlechter gestellten Gruppen verstärkt auftreten. Es gibt Hinweise darauf, dass sich diese Zusammenhänge im höheren Alter verringern und im sehr hohen Alter nur noch schwach ausgeprägt sind. Im vorliegenden Beitrag wurde diesem Zusammenhang empirisch, auf der Basis des telefonischen Gesundheits-surveys 2003 des Robert Koch-Instituts nachgegangen. Der Survey liefert als Querschnittsstudie repräsentative Daten zur Gesundheit der 18-jährigen und älteren Wohnbevölkerung Deutschlands. Für die vorliegende Untersuchung wurde der LQ-Fragebogen SF-8 (Short Form-8 Health Survey) ausgewertet. Dieses Instrument erfasst körperliche, psychische und soziale Aspekte der Gesundheit im Zeitraum der letzten vier Wochen. In die Auswertungen wurden 3322 ältere Survey-TeilnehmerInnen einbezogen (Altersgruppen: 50-59, 60-69, 70+ Jahre). Die Zuordnung der Befragten zu einer Sozialschicht (Unter-, Mittel- und Oberschicht) basiert auf Angaben zum Einkommen, Bildungsniveau und der beruflichen Stellung (Winkler-Index). Die Ergebnisse der Analysen deuten daraufhin, dass sich schichtspezifische Differenzen in der gesundheitsbezogenen LQ mit zunehmendem Alter verändern. Für die physischen Dimensionen der Gesundheit wurde eine Abnahme der Differenzen beobachtet. Diese Angleichung der selbst beurteilten LQ deckt sich mit Hinweisen aus der Literatur, wonach sich die soziale Ungleichheit im Auftreten von Krankheiten, Gesundheitsstörungen und gesundheitlichen Risikofaktoren im Alter verringert. Die psychische Gesundheit wurde hingegen auch im hohen Alter in Abhängigkeit von der sozialen Lage unterschiedlich gut beurteilt. Bei Frauen waren die Unterschiede entlang der Sozialschicht stärker ausgeprägt. Die vorgestellten Auswertungen zur LQ älterer Menschen verdeutlichen, dass die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen auch im höheren Alter ein relevantes Thema ist. Die Selbsteinschätzung der Seniorinnen und Senioren bzgl. des multidimensionalen Konstrukts eröffnet zusätzliche Perspektiven und ergänzt sinnvoll etablierte Instrumente." (Autorenreferat)

[185-L] Schenk, Liane:

**Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten**, in: Adelheid Kuhlmeier (Hrsg.) ; Doris Schaeffer (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit: Huber, 2008, S. 156-174, ISBN: 978-3-456-84573-9

**INHALT:** Knapp ein Fünftel der Bevölkerung weist inzwischen einen Migrationshintergrund auf und ist entweder selbst migriert oder aber (Enkel-) Kind von Einwanderern. Auch ist die erste Einwanderergeneration der Bundesrepublik mittlerweile in die Jahre gekommen und erreicht sukzessive das Ruhestandsalter. Der Anteil an Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit unter der älteren Be-

völkerung hat sprunghaft zugenommen und wird sich Prognosen zufolge 2010 im Vergleich zum Jahre 1999 mehr als verdoppeln. Konsens besteht inzwischen darüber, dass ein Migrationshintergrund gesundheitliche Auswirkungen hat bzw. haben kann. Es ist jedoch nicht ausreichend geklärt, in welchem Ausmaß, unter welchen Bedingungen und in welcher Art und Weise der Gesundheitszustand beeinflusst wird. Noch weniger geklärt ist die Verflechtung von Migration, Gesundheit und Altern sowie die Wechselwirkung zwischen diesen Dimensionen. - Nach einer kurzen Diskussion der international gebräuchlichsten Definitionen der Zielpopulation stellt der vorliegende Beitrag die für Deutschland typischen Migrantengruppen und damit einhergehende Besonderheiten vor und gibt schließlich einen Überblick über aktuelle Befunde zur sozialen und gesundheitlichen Situation älterer Migranten. Als Fazit wird festgehalten: Die Zuweisung von Arbeitsplätzen in den unteren Segmenten des Arbeitsmarktes war mit niedriger Entlohnung, einem hohen Risiko der Erwerbslosigkeit und gesundheitlichen Belastungen verbunden. Diskontinuierliche Erwerbsbiografien und Versicherungsverläufe haben ein geringes Rentenniveau zur Folge, so dass sich diese prekäre Beschäftigungssituation heute in der sozialen Lage der Arbeitsmigranten niederschlägt. Insbesondere Arbeitsmigranten aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien tragen ebenso wie Aussiedler ein überproportional hohes Armuts- und Gesundheitsrisiko. (ICA2)

[186-L] Seyda, Susanne; Lampert, Thomas:

**Zum Einfluss des Einkommens auf die physische Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland**, in: Sozialer Fortschritt : unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, Jg. 59/2010, H. 3, S. 69-80 (Standort: USB Köln(38)-Haa1098; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; dx.doi.org/10.3790/sfo.59.3.69)

**INHALT:** "Der Einfluss des Einkommens auf die physische Gesundheit von Jugendlichen wird anhand des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass das Einkommen bei subjektiven Gesundheitsindikatoren einen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand, aber keinen Einfluss auf die Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit hat. Hinsichtlich objektiver Gesundheitsindikatoren zeigt sich ein Einfluss des Einkommens auf die Versorgung des Körpers mit Vitamin D, während die anderen Blutwerte, das Risiko für Bluthochdruck und die Fahrradergometerleistung nicht vom Einkommen abhängen. Einen größeren Effekt als das Einkommen hat das Gesundheitsverhalten von Eltern und Kindern, das einkommensabhängig ist: Eltern aus der unteren Einkommensklasse verhalten sich weniger gesundheitsbewusst als Eltern höherer Einkommensklassen. Trotz des geringen Einflusses des Einkommens auf die Gesundheit von Jugendlichen, kann man daher nicht von Chancengerechtigkeit sprechen, da das Einkommen über das Gesundheitsverhalten einen Einfluss ausübt." (Autorenreferat)

[187-CSA] Turner, Alyn; Palloni, Alberto; Milesi, Carolina; White, Robert G.:

**Early childhood health, reproduction of economic inequalities and the persistence of health and mortality differentials**, in: Social Science & Medicine, vol. 68, no. 9, pp. 1574-1582, 2009, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** The persistence of adult health and mortality socioeconomic inequalities and the equally stubborn reproduction of social class inequalities are salient features in modern societies that puzzle researchers in seemingly unconnected research fields. Neither can be satisfactorily explained with standard theoretical frameworks. In the domain of health and mortality, it is unclear if and to what extent adult health and mortality disparities across socioeconomic status (SES) are the product of attributes of the positions themselves, the partial result of health conditions established earlier in life that influence both adult health and economic success, or the outcome of the reverse impact of health status on SES. In the domain of social stratification, the transmission of inequalities across generations has been remarkably resistant to satisfactory explanations. Although the literature on social stratification is by and large silent about the role played by early health status in shaping adult socioeconomic opportunities, new research on human capital formation suggests this is a serious error of omission. In this paper we propose to investigate the connections between these two domains. We use data from male respondents of the 1958 British Cohort to estimate (a) the influence of early health conditions on adult SES and (b) the contribution of early health status to observed adult health differentials. The model incorporates early conditions as determinants of traits that enhance (inhibit) social

mobility and also conventional and unconventional factors that affect adult health and socioeconomic status. Our findings reveal that early childhood health plays a small, but non-trivial role as a determinant of adult SES and the adult socioeconomic gradient in health. These findings enrich current explanations of SES inequalities and of adult health and mortality disparities. [Copyright Elsevier Ltd.]

[188-L] Viehöver, Willy:

**Auf dem Wege zu einer protestantischen Ethik des Alterns?: Anti-Aging als eine Form der methodischen Selbstdisziplinierung des Leibes**, in: Karl-Siegbert Rehberg (Hrsg.) ; Dana Giesecke (Mitarb.) ; Thomas Dumke (Mitarb.): Die Natur der Gesellschaft : Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2, Frankfurt am Main: Campus Verl., 2008, S. 2756-2767, ISBN: 978-3-593-38440-5

**INHALT:** "Angesichts sich dramatisch verändernder Altersprofile in vielen (westlichen) Industriegesellschaften mit niedrigen Geburtenraten dürfte es kaum überraschen, dass seit geraumer Zeit ein neuer Medikalisierungsprozess eingesetzt hat. Dieser wendet sich, so könnte man meinen - unter dem Label des Anti-Aging -, einer zunehmend größer werdenden Bevölkerungsgruppe zu, deren Mitglieder zwar immer älter, nicht aber unbedingt gesünder werden. Man könnte nun vermuten, dass es sich bei der Bedeutungszunahme der Anti-Aging Medizin um einen normalen Wandlungsprozess der medizinischen Profession handelt, der auf die strukturellen Verschiebungen der gesellschaftlichen Altersprofile reagieren muss, gehen doch Schätzungen dahin, dass im Jahre 2035 in Deutschland die Zahl der über 65-jährigen die Zahl der Arbeitnehmer übertreffen könnte. Ist die Anti-Aging Medizin demnach ein prosperierender Professionszweig, der sich auf die Heilung von typischen Krankheiten, sagen wir der über 65-jährigen spezialisiert? Greift man sich einige der vielen Publikationen zum Thema Anti-Aging heraus, so wird man jedoch schnell feststellen, dass es um Ratgeber und Breviere für methodische Lebensführungen handelt, deren Ziel es zu sein scheint, das 'tatsächliche' Alter des Individuums 'biologisch' zu unterbieten. Die Anti-Aging Medizin wendet sich also nicht nur an die Gruppe der über 65-jährige, sondern im Prinzip an alle - spätestens aber ab Mitte 20 sollte man beginnen, Sorge um das Profil des eigenen Alterns zu tragen. Sie wendet sich an ihr Publikum mit einem großartigen Versprechen: Das Individuum könne, wenn nur es bestimmten Regeln der (sportlichen) Bewegung, der Ernährung und des psychischen Trainings folge, sein biologisches Alter selbst bestimmen. Altern ist reversibel und Sie haben die Wahl! Der Jungbrunnen liegt in Ihnen selbst, denn Ihr Alter ist Verhaltenssache! Wenn es nun darum geht, die von der Anti-Aging Medizin vorgeschlagenen Techniken des Selbst als soziologischen Tatbestand zu bewerten, so verweisen die Versprechen weder auf eine Wiederkehr der Idee einer 'medizinischen Polizei' aus dem 18. Jahrhundert noch auf eine simple Form medizinisch induzierter Biosozialisierung, sondern auf Entwürfe einer individualisierten, asketischen Ethik des Alterns auf der Basis einer wissenschaftlichen 'Religion'. Worin genau besteht dann die Deutungsmacht der Anti-Aging Medizin und was sind die möglichen Konsequenzen ihres Erfolgs? Nur auf den ersten Blick zielt die Praxis der Anti-Aging Medizin auf eine bloße 'Naturalisierung' des Körpers. Diese ist lediglich das Instrument seiner weiteren asketisch orientierten Vergesellschaftung der menschlichen Natur - seine (genetische) Prädestination kann das Individuum schließlich an der Gnade des hohen Alters erfahren. Dass sich die Anti-Aging Medizin nicht 'alte Menschen' und ihre Krankheiten, sondern die Alterungsprofile noch junger und gesunder Menschen zum Klientel wählt, eröffnet für den sich etablierenden Professionszweig freilich große Handlungs- und Gewinnpotentiale, aber um diese soll es dem Verfasser zumindest nicht in erster Linie gehen. Vielmehr möchte der Beitrag folgenden Fragen nachgehen: 1. Lässt sich Anti-Aging als Ausdruck eines Wandels von der kurativen zur präventiven Medizin verstehen (Entzeitlichung von Therapie)? Wenn ja, woran lässt sich eine solche Verschiebung im Prozess der Medikalisierung der Gesellschaft, in dem der menschliche Körper eine umfassenden Gestaltung und Selbstdisziplinierung unterworfen wird, ablesen? 2. Inwiefern zerbrechen mit dem Erfolg der Anti-Aging-Medizin grundlegende Orientierungen und Unterscheidungen moderner Gesellschaften, so jene zwischen Natur und Gesellschaft, Gesundheit und Krankheit, Heilen und Verbessern? 3. Bilden sich im Horizont einer möglichen 'Biologisierung des Sozialen' und die durch sie ermöglichte weitere Vergesellschaftung des menschlichen Körpers neuartige Formen von Macht/ Herrschaft und sozialer Ungleichheit heraus, etwa indem sich Normen des 'perfekten' Körpers, der unbegrenzten Leistungsfähigkeit und des 'unauffälligen' Verhaltens durchsetzen? 4. Sind die Entwicklungen im Feld des Anti-Aging als Ausdruck einer fortschreitenden Individualisierung der Therapie aufzufassen oder eröffnen sich auch

Chancen auf neue 'Biosozialitäten' (Paul Rabinow), d.h. Optionen für die Bildung von sozialen Gemeinschaften (bspw. Patientenorganisationen) oder die kollektive Artikulation von Interessen auf der Grundlage einer kulturell reflektierten und gestalteten 'Natur' des menschlichen Körpers?" (Autorenreferat)

[189-L] Voges, Wolfgang; Borchert, Lars:

**Soziale Ungleichheit und Heimkarriere bei Älteren**, in: Harald Künemund (Hrsg.) ; Klaus R. Schroeter (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter : Fakten, Prognosen und Visionen, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 195-220, ISBN: 978-3-531-15753-5

**INHALT:** Die Autoren fragen nach dem Einfluss sozialer Ungleichheit auf Beginn und Verlauf von Pflegeheimkarrieren bei Älteren und Hochbetagten. Grundlage der Untersuchung ist ein Datensatz der Gmünder Ersatzkasse (GEK), mit dem das Geschehen um Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit im zeitlichen Verlauf erfasst und in Verbindung mit anderen zeitveränderlichen Einflussgrößen gebracht werden kann. Die Daten aus den Jahren 1998 bis 2004 werden nach Familienstand, Geschlecht, Alter, früherer Berufstätigkeit, Versorgungsbeginn, Verweildauer im Pflegeheim, Pflegestufe, sowie Sterbeort ausgewertet. (GB)

[190-L] Wittenberg, Reinhard; Knecht, Andrea; Mägdefrau, Hannah:

**Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in St. Leonhard und Schweinau: Befunde aus einem Lehrforschungsprojekt in Nürnberg**, (Berichte / Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Soziologie und empirische Sozialforschung, insb. Arbeitsmarktsoziologie, 2009-1), Nürnberg 2009, 77 S. (Graue Literatur; nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-220211)

**INHALT:** "Der vorliegende Bericht enthält Ergebnisse aus einem im Studienjahr 2008/09 durchgeführten Lehrforschungsprojekt über die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in zwei sozialstrukturell und -ökologisch benachteiligten Stadtteilen Nürnbergs. Im Vordergrund stehen dabei schriftliche Befragungen von SchülerInnen und Eltern über Gesundheit und Wohlbefinden. Die damit erhobenen Daten für n=924 Grund- und Hauptschulkinder werden vorwiegend nach Schulform und Geschlechtszugehörigkeit analysiert. Darüber hinaus steht die Berichterstattung der in Nürnberg erscheinenden Presse über die beiden Stadtteile St. Leonhard und Schweinau im Fokus. Schließlich wird netzwerkanalytisch der Frage nachgegangen, ob, und wenn ja, inwieweit die in den Stadtteilen agierenden sozialen Einrichtungen untereinander kooperieren." (Autorenreferat)

## 5 Gesundheitsverhalten, Prävention

[191-L] Abel, Thomas; Bolliger-Salzmann, Heinz:

**Wohnbauarchitektur als Beitrag zu nachhaltiger Gesundheitsförderung**, in: Eberhard Göpel (Hrsg.): Nachhaltige Gesundheitsförderung : Gesundheit gemeinsam gestalten. Bd. 4, Frankfurt am Main: Mabuse Verl., 2010, S. 276-292, ISBN: 978-3-940529-84-8

**INHALT:** Die Wohnarchitektur und die gesundheitsförderliche Nutzung von Wohnungen durch die Bewohner ist ein bisher wenig beachtetes Feld der Gesundheitsförderung. Die Öffnung des Blickes auf dieses Feld hat zum Ziel, eine Diskussion zwischen den vielfältigen beteiligten Disziplinen anzuregen. Dabei geht es insbesondere um das Verständnis der Interaktion zwischen den baulichen Wohnstrukturen und den Nutzern. Die Autoren beschreiben das Entwicklungsfeld und geben eine Einführung in das Konzept der "Health Promoting Architecture" (HPA), das im Anschluss an die Forderungen der Ottawa-Charta (WHO 1986) zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen, zu mehr sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit die sozial ungleich verteilten Wohnbedingungen der Menschen betont. Die HPA geht von einer salutogenetischen Perspektive aus und definiert Wohnräume und ihre Kontexte als Ressourcen für Gesundheit. Der Ansatz setzt unter anderem baubiologische Bedingungen für schadstoffarmes Wohnen voraus, um einerseits den Grundprinzipien der modernen Gesundheitsförderung zu entsprechen und andererseits Anschluss an die Grundbestrebungen der Architektur und ihren Beiträgen zur Lebensweltgestaltung zu finden. Die Autoren ziehen anhand der Schlüsselkomponenten von HPA ein vorläufiges Fazit zum Stand des empirischen Wissens und leiten daraus Schlussfolgerungen für die Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung ab. (IC12)

[192-L] Abel, Thomas; Schori, Dominik:

**Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung**, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie : Vierteljahresschrift der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, Jg. 34/2009, H. 2, S. 48-64 (Standort: USB Köln(38)-XH2528; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; dx.doi.org/10.1007/s11614-009-0012-9)

**INHALT:** "Gesundheitliches Wohlergehen geht unmittelbar auf das aktive Zutun von Personen und Kollektiven zurück. Zugleich wird gesundheitsrelevantes Handeln nur unter der Berücksichtigung der jeweiligen physischen und sozialen Kontexte zu verstehen und zu beeinflussen sein. Dementsprechend wird hier eine Ausrichtung der modernen Gesundheitsförderung auf die gesundheitsrelevanten Ressourcen und Handlungsspielräume der Menschen vorgeschlagen. Hierfür sind theoretische Grundlagen erforderlich, die die Fragen der sozialen Ungleichheit mit den praktischen Zugängen des Empowerment und der Partizipation schlüssig verbinden. Die Autoren stellen dazu den Capability-Ansatz (CA) von Amartya Sen vor und ergänzen diesen mit Erkenntnissen aus der Kapital-Interaktionstheorie von Pierre Bourdieu. Beide Ansätze beleuchten Grundfragen der sozialen Ungleichheit und können mit den Leitkonzepten der Ottawa-Charta fruchtbar verbunden werden. Sie liefern damit auch Anleitungen für neue Forschungsrichtungen zur Untersuchung der komplexen Wechselwirkungen von sozialen Kontexten und gesundheitsrelevantem Handeln." (Autorenreferat)

[193-L] Altgeld, Thomas:

**Gesundheitsfördernde Settingarbeit als Schlüsselstrategie zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 511-529, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Die Analyse basiert auf der Infragestellung dessen, was z. Z. als Anwendung des überaus vielschichtigen Settingansatzes Praxis geworden ist. Der Autor kritisiert die Unterkomplexität der politisch instrumentalisierten Settingorientierung, die lediglich als Begriff inflationär gebraucht wird, keinesfalls aber in der Realität eine Form der authentischen Umsetzung findet. Eine Konzentration öffentlicher Gelder und quasi-öffentlicher Sozialversicherungsgelder in dem Bereich der gesund-



heitsfördernden Settings auf Settings, in denen ein überwiegender Teil sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen erreicht wird, so die These, wäre sinnvoll und effektiv. Die mögliche Anwendungsbreite des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen ist bei weitem noch nicht ausgelotet. Hier müssen neue Entwicklungslinien ermöglicht und passende finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen werden. Auch ohne ein neues Präventionsgesetz, das die gleichen politischen Auseinandersetzungen wie der letzte Anlauf hervorrufen hat und bereits gescheitert ist, soll der Handlungsspielraum der Politik, was die kassenfinanzierte Prävention und Gesundheitsförderung anbelangt, endlich genutzt werden. Dass das Gros der zunehmenden Leistungsausgaben in diesem Bereich entgegen des eigentlichen Gesetzesauftrages zur Reduzierung ungleicher Gesundheitschancen quasi gegenläufig ausgegeben wird und damit gesundheitliche Ungleichheiten vergrößert werden statt sie abzubauen, ist nicht länger hinnehmbar. Hier bestehen auch unterhalb eines eher hochschwelligem Präventionsgesetzes einfache gesetzgeberische Handlungsspielräume. (ICF2)

[194-L] Bär, Gesine:

**Krankenkassen als Partner der Kommunen bei der gesundheitsfördernden Stadt(teil)entwicklung**, in: Rolf Rosenbrock (Adressat) ; Thomas Gerlinger (Hrsg.) ; Susanne Kümpers (Hrsg.) ; Uwe Lenhardt (Hrsg.) ; Michael T. Wright (Hrsg.): Politik für Gesundheit : Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock: Huber, 2010, S. 302-315, ISBN: 978-3-456-84827-3

**INHALT:** Auch der Stadtteil wird im Leitfaden "Prävention" des gemeinsamen Spitzenverbandes der Krankenkassen neben wichtigen Settings wie Betrieb, Schule und Kita explizit aufgeführt. Hier werden ebenfalls vor allem die Förderung von sozial benachteiligten Stadtteilen und die Kooperation mit dem Programm "Soziale Stadt" nachdrücklich empfohlen. Der vorliegende Beitrag zeigt, dass sich die Ausgangslage für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung unter Beteiligung der Krankenkassen zunächst viel versprechend darstellt. Die Weichenstellungen zur Stärkung des Handlungsfeldes Gesundheit bei kommunalen und stadtteilbezogenen Aktivitäten zur Verminderung der gesundheitlichen Folgen von sozialer Ungleichheit sind vollzogen. Der Blick auf die Umsetzungspraxis zeigt jedoch, dass die Förder- und Handlungsaufträge bislang nicht zu einer verstärkten Förderpraxis geführt haben. Die Beispiele des Beitrags verweisen auf strukturelle Hemmnisse, die eine solche breite Setting-Praxis verhindern. Steuerungsinstrumente, wie gesetzliche Vorgaben (SGB V Par. 20) oder konkrete Gesundheitsziele (Berliner Beispiel in Umsetzungspraxis 1) sind vorhanden, entfalten jedoch augenscheinlich kaum Wirkung. Ein verstärktes Engagement der Krankenkassen in diesem Bereich erfordert als eine wichtige Voraussetzung ein ebenfalls verstärktes Engagement der öffentlichen Hand durch die Förderung strategischer Partnerschaften, der Profilierung der öffentlichen Strukturen für Gesundheitsförderung und einen zusätzlichen öffentlichen Mitteleinsatz. (ICA2)

[195-L] Bauer, Ullrich:

**Der ungleichheitstheoretische Zugang**, in: Doris Schaeffer (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf: Huber, 2009, S. 263-280, ISBN: 978-3-456-84726-9

**INHALT:** Der vorliegende Beitrag versucht, die Öffnung an eine ungleichheitstheoretische Betrachtung der Thematik chronische Krankheit voranzutreiben. Im Mittelpunkt steht die Aufgabe, mit dem Instrumentarium jüngerer Ansätze der Sozialstrukturanalyse unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen von Patienten in den Blick zu nehmen. Es wird gezeigt, dass der analytische Zugriff auf das Bewältigungsgeschehen bei chronischer Krankheit die Ebene der Handlungsressourcen - die Ebene des verfügbaren ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals sowie der internalisierten oder habituierten Handlungsschemata - systematischer einbeziehen muss. Diese erweiterte Orientierung erhält gerade dann Bedeutung, wenn vom Patienten als autonom handelndem und interagierendem Subjekt ausgegangen wird. Es wird zunächst ein Überblick zur aktuellen ungleichheitstheoretischen Diskussion gegeben, wobei vor allem auf die Debatte innerhalb der soziologischen Sozialstrukturanalyse eingegangen wird, die mit dem Milieuansatz einen fruchtbaren Anknüpfungspunkt bietet. Im Anschluss daran wird diskutiert, inwieweit die vorgestellten Aspekte zur Analyse des ungleichen Bewältigungshandelns bei chronischer Krankheit beitragen können. Abschließend wird resümiert, wie die Strukturen sozialer Ressourcenungleichheit mit einer patientenorientierten Sichtweise in der Forschung über chronische Krankheit künftig verbunden werden können. (ICI2)

[196-L] Bittlingmayer, Uwe H.; Sahrai, Diana:

**Gesundheitliche Ungleichheit: Plädoyer für eine ethnologische Perspektive**, in: Aus Politik und Zeitgeschichte : Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 2010, H. 45, S. 25-31  
([www.bpb.de/files/LKYM51.pdf](http://www.bpb.de/files/LKYM51.pdf))

**INHALT:** In den Gesundheitswissenschaften und der Sozialepidemiologie liegen mittlerweile eine große Anzahl von Untersuchungen, Studien und Daten vor, mit denen sich das bedrohliche Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit auch für Deutschland abschätzen lässt. Dass es gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland gibt, ist unstrittig. Offen ist, ob sie in den vergangenen Jahren zugenommen hat - wofür einige Anzeichen sprechen - und wie die stetige Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit zu erklären ist. Die aktuellen Versuche zur Reduktion dieser sozialen Ungleichheiten zielen vor allem auf die Änderung gesundheitsschädlichen individuellen Verhaltens ab - mit starkem Fokus auf sozial benachteiligte Gruppen, die so genannten "Risikogruppen". Die im vorliegenden Beitrag vorgeschlagene Perspektive einer Verknüpfung von Ungleichheitsforschung und ethnologischer Perspektive, wie sie in den Werken von Pierre Bourdieu und Michael Vester zu finden ist, kann für das Verständnis und die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten stärker als bislang fruchtbar gemacht werden. Aus einer solchen Perspektive ist die aktuelle gesundheitspolitische Strategie der "Eigenverantwortung" zu überdenken. Denn wenn individuelles Verhalten durch überindividuelle soziokulturelle Kontexte vorstrukturiert wird, dann wird verständlich, warum Versuche, durch Aufklärungskampagnen, allgemeine Gesundheitserziehung und -bildung individuelle Verhaltensänderungen herbeizuführen, so häufig scheitern, selbst wenn für die Individuen unmittelbare Gesundheitsgewinne zu erwarten sind. Ernst zu nehmen wäre einmal mehr das strukturorientierte Motto der Weltgesundheitsorganisation (WHO): "Making the healthier choice the easier choice." (ICA2)

[197-CSA] Bosma, Hans; Weyers, Simone; Dragano, Nico; Richter, Matthias:

**How does socio economic position link to health behaviour? Sociological pathways and perspectives for health promotion**, in: Global Health Promotion, vol. 17, no. 2, pp. 25-33, 2010, ISSN: 1757-9759

**INHALT:** Socio economic inequalities in adult health behaviour are consistently observed. Despite a well-documented pattern, social determinants of variations in health behaviour have not been sufficiently clarified. This article therefore presents sociological pathways to explain the existing inequalities in health behaviour. At a micro level, control beliefs have been part of several behavioural theories. We suggest that these beliefs might bridge the gap between sociology and psychology by emphasising their roots in fundamental socio-economic environments. At a meso level, social networks and support have not been explicitly considered as behavioural determinants. This contribution states that these social factors influence health behaviour while being unequally distributed across society. At a macro level, characteristics of the neighbourhood environment influence health behaviour of its residents above and beyond their individual background. Providing further opportunity for policy makers, it is shown that peer and school context equalise inequalities in risky behaviour in adolescence. As a conclusion, factors such as control expectations, social networks, neighbourhood characteristics, and school context should be included as strategies to improve health behaviour in socially disadvantaged people. [Reprinted by permission of Sage Publications Inc., copyright holder.]

[198-CSA] Byrne, David; Blackman, Tim; Wistow, Jonathan:

**A Qualitative Comparative Analysis of factors associated with trends in narrowing health inequalities in England**, in: Social Science & Medicine, vol. 72, no. 12, pp. 1965-1974, 2011, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** This study explores why progress with tackling health inequalities has varied among a group of local authority areas in England that were set targets to narrow important health outcomes compared to national averages. It focuses on premature deaths from cancers and cardiovascular disease (CVD) and whether the local authority gap for these outcomes narrowed. Survey and secondary data were used to create dichotomised conditions describing each area. For cancers, ten conditions were found to be associated with whether or not narrowing occurred: presence/absence of a working culture of individual commitment and champions; spending on cancer programmes; aspirational or com-

fortable/complacent organisational cultures; deprivation; crime; assessments of strategic partnership working, commissioning and the public health workforce; frequency of progress reviews; and performance rating of the local Primary Care Trust (PCT). For CVD, six conditions were associated with whether or not narrowing occurred: a PCT budget closer or further away from target; assessments of primary care services, smoking cessation services and local leadership; presence/absence of a few major programmes; and population turnover. The method of Qualitative Comparative Analysis was used to find configurations of these conditions with either the narrowing or not narrowing outcomes. Narrowing cancer gaps were associated with three configurations in which individual commitment and champions was a necessary condition, and not narrowing was associated with a group of conditions that had in common a high level of bureaucratic-type work. Narrowing CVD gaps were associated with three configurations in which a high assessment of either primary care or smoking cessation services was a necessary condition, and not narrowing was associated with two configurations that both included an absence of major programmes. The article considers substantive and theoretical arguments for these configurations being causal and as pointing to ways of improving progress with tackling health inequalities. [Copyright Elsevier Ltd.]

[199-L] Erhart, Michael; Hurrelmann, Klaus; Ravens-Sieberer, Ulrike:

**Sozialisation und Gesundheit**, in: Klaus Hurrelmann (Hrsg.) ; Matthias Grundmann (Hrsg.) ; Sabine Walper (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung, Basel: Beltz, 2008, S. 424-442, ISBN: 978-3-407-83160-6 (Standort: UB Bonn(5)-2008/5009)

**INHALT:** Der Beitrag widmet sich den Zusammenhängen von Sozialisation und Gesundheit. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten spürbar verbessert, die Infektionskrankheiten, die noch in den 1950ern vorherrschend waren, sind mittlerweile kaum mehr ein Problem. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und des veränderten Lebensstils gewinnen jedoch chronische Krankheiten an Bedeutung, insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen. Der Artikel untersucht dann Risikofaktoren für gesundheitsgefährdendes Verhalten: Männliche Geschlechtszugehörigkeit korrespondiert mit einem deutlich ungesünderen Lebensstil (Ernährungsverhalten, höhere Risikobereitschaft), im Erwachsenenalter ist die männliche Sterblichkeit fast doppelt so hoch wie die weibliche. Soziale Ungleichheit ist ein weiterer Risikofaktor. Arme Familien verhalten sich risikobereiter, ernähren sich ungesünder, rauchen mehr und haben weniger - intellektuelle und finanzielle - Ressourcen im Krankheitsfall. Schließlich wird noch die Bedeutung des "sozialen und kulturellen Umfelds" erläutert. Der Beitrag wendet sich dann der Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen für die Lebensbewältigung zu, und wartet dann ausführlich mit neueren theoretischen Erklärungsansätzen aus Medizin, Psychologie und Soziologie zur Gesundheit und zu sozialisatorischen Unterschieden beim Gesundheitsverhalten auf. Abschließend geht der Artikel dann noch auf Gesundheitsförderung und Krankheitspräventionsmaßnahmen ein. (ICB)

[200-L] Flandorfer, Priska; Fliegenschnee, Katrin:

**The gender gap in life expectancy in Austria: theoretical considerations based on a qualitative grounded theory study**, in: Journal of public health : Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 19/2011, No. 5, S. 481-494

**INHALT:** "Aim: This paper examines the behavioural factors that are linked to the gender gap in mortality phenomenon and connects theoretical implications with the findings of a qualitative grounded theory research. Subject and methods: Differences in the life expectancy of men and women are a well-known fact. Though several theories take into account the wide range of factors underlying this phenomenon, they can only partly explain it. To get a deeper understanding of these issues, we use a qualitative approach to study this topic from another point of view. Expert interviews with professionals in the medical field were conducted to gain insights about the health lifestyles of men and women that may reveal hypotheses as to why the gender gap in mortality is narrowing. Results: The results bear in mind that apart from biological factors, behavioural factors are strongly connected to the gender gap in the mortality issue. Men and women tend to behave differently and their behaviour is linked to social norms and expectations. They have a different understanding of illness and also behave in different ways with regard to seeing doctors. However, because of changing gender roles due

to changing norms and other influential factors, these health behaviour patterns have started to diminish. Conclusion: A generational change in the health behaviour of men and women is currently taking place. Traditional gender roles are diminishing due to versatile attributes and behavioural patterns of men and women. This development may partly explain the narrowing of the gender gap in life expectancy in Austria." (author's abstract)

[201-F] Freynik, Petra, Dr.med.; Beuels, Franz-R., Dipl.-Soz.Wiss. (Bearbeitung):

**Schlechter Gesundheitszustand von Migrantenkindern - Schicksal oder Herausforderung?**

**INHALT:** Ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage von Bevölkerungsgruppen und ihrem Gesundheitszustand ist inzwischen vielfach nachgewiesen und wird im Allgemeinen unter dem Begriff "gesundheitliche Ungleichheit" diskutiert. Armut und schlechte Bildung wirken sich nachteilig auf den Gesundheitszustand von Kindern aus. Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungs-/ Sozialstatus nehmen seltener vollständig an Vorsorgeuntersuchungen teil. Sie weisen darüber hinaus auch häufiger gesundheitliche Entwicklungsstörungen und Gesundheitsgefährdungen auf, die sich negativ auf den Schulerfolg auswirken können. Da Migranten zu großen Teilen den sozialen Unterschichten angehören, sind deren Kinder auch häufig überproportional von Gesundheitsdefiziten betroffen. Die vorliegenden Analysen der Essener Schuleingangsuntersuchungen der Jahre von 2000 bis 2008 belegen, dass der Migrationshintergrund nur einen mittelbaren Einfluss auf den Gesundheitszustand der Schulanfänger/-innen hat. Das heißt, viele Schulanfänger/-innen, die aus Familien mit Migrationshintergrund kommen, haben nur deshalb überdurchschnittlich viele Gesundheitsstörungen und nehmen Vorsorgeangebote nur deshalb besonders lückenhaft wahr, weil sie zu großen Anteilen aus Elternhäusern mit einem niedrigen Bildungs-/ Sozialstatus kommen. Richtungsweisend für die Verteilung von gesundheitlichen Risiken und Chancen ist somit der erworbene Bildungs-/ Sozialstatus der Eltern und nicht der Migrationshintergrund. Abschließend werden Wege aufgezeigt, um Defizite in der Erziehung und gesundheitlichen Versorgung der Kinder zu verringern. Es wird dargelegt, dass die Verbesserung der Elternbildung und der Gesundheitserziehung der heranwachsenden Elterngeneration den Schlüssel dazu darstellt, dass Kinder an den Errungenschaften der Medizin gleichberechtigt teilhaben, Entwicklungsdefizite frühzeitig therapeutisch aufgeholt werden und Kinder erfolgreich in die Schullaufbahn einsteigen können. *ZEITRAUM:* 2000-2008 *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Stadt Essen

**METHODE:** Untersuchungsdesign: Trend, Zeitreihe *DATENGEWINNUNG:* Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: 4.500 -jährlich-; Schuleingangsuntersuchungen nach dem "Bielefelder Modell"). Feldarbeit durch Mitarbeiter/-innen des Projekts.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Stadt Essen, Der Oberbürgermeister, Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen (Hrsg.): Schlechter Gesundheitszustand von Migrantenkindern - Schicksal oder Herausforderung? in: Halbjahresbericht 2008, 2. Halbjahr, Essen im Oktober 2009.

**ART:** Auftragsforschung *BEGINN:* 2009-09 *ENDE:* 2009-10 *AUFTRAGGEBER:* Stadt Essen Gesundheitsamt *FINANZIERER:* Institution; Auftraggeber

**INSTITUTION:** Stadt Essen Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen (45121 Essen)

**KONTAKT:** Beuels, Franz-R. (Tel. 0201-88-12306, e-mail: franz.beuels@amt12.essen.de)

[202-CSA] Gunter, K.; Griffith, D.M.; Metzl, J.M.:

**Considering intersections of race and gender in interventions that address US men's health disparities**, in: Public Health, vol. 125, no. 7, 2011, ISSN: 0033-3506

**INHALT:** Although gender, racial and ethnic differences in health in the USA are well documented, it is less clear how race and gender intersect to produce large and consistently poor health outcomes for men of colour, particularly Black American men. This paper will illustrate how race and gender intersect at multiple levels to shape men's health and health behaviours, and function as fundamental social determinants of health. The paper will conclude by discussing the need to attend to the role of male gender in pathways and processes underlying racial health disparities, and the challenges of developing health promotion interventions for Black American men. [Copyright Elsevier B.V.]

[203-L] Hackauf, Horst; Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.):

**Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen: gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen**, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2008, 209 S., ISBN: 978-3-531-15330-8

**INHALT:** "Der Band enthält aktuelle Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsforschung sowie aktuelle Ergebnisse der Forschung über Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Themen sind aktuelle Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage und gesundheitlichen Lebensführung von Kindern und Jugendlichen sowie zu bestehenden Bedürfnissen und Problemlagen, eine Analyse der sozialen Settings, in denen Prävention stattfindet bzw. stattfinden könnte und die Darstellung und Evaluation von Präventionskonzepten für Kinder und Jugendliche." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Monika Jungbauer-Gans, Horst Hackauf: Die Bedeutung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche (9-14); Thomas Lampert, Gert Mensink, Heike Hölling, Bärbel-Maria Kurth: Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts als Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung (15-39); Uwe Flick, Gundula Röhsch: "Ziemlich oft frag' ich mich dann, wie's ist, wenn man mal so richtig gesund ist." - Gesundheitsvorstellungen obdachloser Jugendlicher (41-71); Britta Peikert, Christiane Schaepe, Birgit Waltert, Claudia Weissgrab, Kathleen Wüste und Markus Zimmermann: "Hörschäden durch Freizeitlärm (Soziakusis)". Erfassung von Musikhörgewohnheiten Jugendlicher und junger Erwachsener (73-90); Alexander Schulze: Primäre Tabakprävention bei Jugendlichen. Zum Verhältnis und zur Wirksamkeit struktureller und schulischer Präventionsmaßnahmen (91-107); Peter Kriwy: Gesundheitsprävention und Gesundheitsverhalten bei Kindern (109-126); Wolfgang Dür, Robert Griebler: Sind Empowerment-Strategien in der Schule für Burschen und Mädchen gleichermaßen gesund? Eine Untersuchung bei 15-jährigen Schülerinnen und Schülern in Österreich (127-150); Claudia Genée, Anne Hagedorn, Katja Jedlitschka, Peggy Kaim-Qasem, Christiane Meeske-Betten, Claudia Wegener, Florian Bethge, Ulrike von Förster, Christiane Schaepe, Kathleen Wüste und Markus Zimmermann: Hörschäden durch Freizeitlärm (Soziakusis). Darstellung und Evaluation eines schulischen Präventionsprojekts (151-168); Horst Hackauf: Gesundheitsbezogene Prävention für Jugendliche in der EU (169-193).

[204-L] Hartmann, Anja:

**Befund positiv: Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Demographie und sozialer Ungleichheit im Ruhrgebiet**, in: Rolf G. Heinze (Hrsg.) ; Gerhard Naegele (Hrsg.): *EinBlick in die Zukunft : gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet*, Hamburg: Lit Verl., 2010, S. 233-245, ISBN: 978-3-643-10651-3

**INHALT:** Im vorliegenden Beitrag wird der Frage nachgegangen, ob das demografische und sozioökonomische Profil der Region des Ruhrgebiets mit besonderen Merkmalen der gesundheitlichen Lage verknüpft ist. Ausgehend von grundlegenden Begrifflichkeiten zu Gesundheit und Krankheit und zu den Faktoren ihrer Entstehung wird zunächst der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sozialstruktur nachgezeichnet. Anschließend wird im Kontext der Stichwörter "demografischer Wandel" und "soziale Ungleichheit" die gesundheitliche Lage der Region erörtert. Dabei zeigt sich, dass die Bevölkerung in der Region überdurchschnittlich von gesundheitlichen Risiken betroffen ist, was mit besonderen Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung einhergeht. Die demografische Entwicklung und die Kumulation prekärer Lebenslagen spiegeln sich in einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung der Bevölkerung wider. Davon sind insbesondere die nördlichen Subregionen des Ruhrgebiets, aber auch die Kernstädte betroffen. Aus den untersuchten Zusammenhängen zwischen Gesundheit, Demografie und sozialer Ungleichheit geht hervor, dass die Potenziale zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage vor allem in den Bereichen liegen, die außerhalb der eigentlichen Gesundheitsversorgung angesiedelt sind, z. B. Wohnen, Bildung und Arbeit. Hier liegen nicht nur die Ursachen für Krankheiten, sondern auch die präventiven Potenziale, die die individuellen Widerstandskräfte stärken, damit Menschen trotz widriger Umstände gesund bleiben können. (IC12)

[205-L] Hien, Wolfgang:

**Arbeiten Männer gesundheitsriskanter als Frauen?: neuere empirische Daten und Hypothesen**, in: Mel Bartley ; David Blane ; Wolfgang Hien ; Klaus Hurrelmann ; Petra Kolip ; Gopalakrishnan Netuveli ; Diana Sahrai ; Juliet Stone ; Michael Vester: Health Inequalities, Berlin: Argument-Verl., 2009, S. 135-159, ISBN: 978-3-88619-824-5

**INHALT:** Ausgehend von den Differenzen einer geschlechtsspezifischen Lebenserwartung von Männern und Frauen diskutiert der Autor die Frage, inwieweit neben den strukturellen Merkmalen der modernen Arbeits- und Arbeitsmarktbedingungen das leistungsorientierte und auf Gesundheit wenig Rücksicht nehmende Arbeitsverhalten der Männer teilweise für diese Differenz ist. Er gibt zunächst einen Überblick über den epidemiologischen Forschungsstand zu arbeitsbedingten Erkrankungen und diesbezüglichen Geschlechterdifferenzen. In einem weiteren empirischen Teil stellt er gender-relevante Forschungsergebnisse aus eigenen qualitativen Studien mit Werftarbeitern, IT-Beschäftigten und Pflegekräften dar. Hierauf aufbauend entwickelt er in einem abschließenden Teil die These des gesundheitsriskanten Männlichkeitsmusters, das nicht als biologisches, sondern als soziales Muster zu verstehen ist. (ICI2)

[206-F] Kilian, Christine; Berg, Philipp (Bearbeitung); Loges, Frank N., Prof.Dr. (Leitung):

**Gesundheitsförderung als Stadtteilstrategie - Verbindung von Aktivierung und Steuerung**

**INHALT:** Ausgangssituation: Ende 2007 wurde in Berlin auf dem "13. Kongress Armut und Gesundheit" über die Korrelation von Gesundheit und Armut debattiert. Neben der Betrachtung einzelner Fälle ist es längst unerlässlich, diesen Zusammenhang sozialräumlich wahrzunehmen, denn Menschen aus benachteiligten Stadtteilen haben in der BRD ein deutlich höheres Risiko, diverse Krankheiten zu bekommen. Wie sich die Lebensverhältnisse eines Quartiers auf die Gesundheit der dort lebenden Bevölkerung auswirken, soll auch im folgenden Projekt erörtert und belegt werden, da es unabdingbar erscheint, die Gemeinwesenarbeit an diesem problematischen Aspekt des Lebens der BewohnerInnen solcher Quartiere stärker auszurichten. Eine Reihe von Indizien sprechen auch im Fördergebiet der sozialen Stadt - Eberstadt-Süd - für die Verknüpfung von Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung. Aus diesem Grund soll folgendes Projekt durchgeführt werden. Problemstellung und Zielbildung: Bisher besteht in Eberstadt Süd seit 2006 ein Netzwerk Gesundheit, das sich aus Ärzten, Apothekern, ErzieherInnen, SozialpädagogenInnen, LehrerInnen und anderen Professionellen zusammensetzt, um der vermuteten Korrelation zwischen Armut und Gesundheit zu begegnen. Das Netzwerk hält es für sinnvoll, nicht nur steuernde gesundheitsfördernde Projekte zu initiieren, sondern einen wechselseitigen Dialog zwischen professionellen Experten des 'Netzwerks Gesundheit' und BewohnerInnen zu fördern. Mit einer lebensweltorientierten Erhebung können die BewohnerInnen die Chance nutzen, ihr Wohn- und Lebensumfeld konstruktiv mitzugestalten. So soll die Inanspruchnahme der Angebote erhöht und mittel- und langfristig die gesundheitliche Situation im Stadtteil verbessert werden. Experten - Top-down: Steuerung. Dialog: Bewohner - Bottom-up - Aktivierung. Ziel: Im Zentrum der Untersuchung soll eine enge Verzahnung der BewohnerInnen auf der einen und den professionellen Akteuren auf der anderen Seite stehen. Ziel dieser Idee sind speziell auf die Bedarfe, Schwierigkeiten, Bedürfnisse und Anregungen der EberstädterInnen ausgerichtete Angebote und Projekte zum Thema Gesundheit. Dabei geht es um einen wechselseitigen Dialog zwischen diesen zwei Parteien. So kann ein nachhaltiges, handlungsleitendes Konzept zur Gesundheitsförderung mit präventivem Charakter entwickelt werden. Planungsvorgehen zur Erhebung: Seit Oktober 2007 arbeitet der Caritasverband, der Träger des Stadtteilbüros Eberstadt Süd, mit der Hochschule Darmstadt zusammen. Im WS 07/08 wurde die Lehrveranstaltung "Planungswerkstatt" am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit der Hochschule Darmstadt im Rahmen des Masterstudiengangs durchgeführt. Sie richtete sich zum Thema "Sozialraumorientiertes Arbeiten im Wohnquartier. Dabei entstand unter dem Gesichtspunkt von Gruppenarbeiten Studierender in Zusammenarbeit mit der Stadtteilwerkstatt Eberstadt Süd in Bezug auf die Kirchtannensiedlung die Idee zur Durchführung des Forschungsprojekts "Gesundheitsförderung als Stadtteilstrategie - Verbindung von Aktivierung und Steuerung". So haben Überlegungen beider Seiten, sowohl aus praktischer als auch aus theoretischer Sicht, dazu geführt, eine Erhebung der gesundheitlichen Situation der BewohnerInnen in Eberstadt Süd anzugehen. Diese Erhebung besteht aus folgenden Phasen: Startphase WS 2008: Aufgrund von theoretisch-hypothetischer Vorarbeiten konnten für Eberstadt Süd insbesondere

Personen mit Migrationshintergrund, Kinder und Jugendliche und ältere Personen als Risikogruppe identifiziert werden. Aus illustratorischen Gründen soll hier nur die Haupthypothese angeführt werden: Kriterien der Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und der Veränderbarkeit sind sozial benachteiligten Personen in ihren Lebenswelten häufig verschlossen, z.B. aufgrund geringer Bildung oder geringer Partizipationsmöglichkeiten, die ihnen in ihren Lebenswelten eingeräumt werden. So fehlt es an "generellen Widerstandsressourcen" im Hinblick auf die vermutete Korrelation zwischen Armut und Gesundheit. Letztlich orientieren sich alle daraus zu ziehenden Interventionen und Handlungsstrategien an strukturellen Bedingungen der Lebenswelten der betroffenen Personengruppen. Phase I SS 2009 (Expertensicht): Durch inhaltsanalytische Auswertungen von Protokollen und Verschriftlichungen des Netzwerks Gesundheit sowie durch stark strukturierte, thematisch orientierte, Leitfaden gestützte Interviews soll die dargestellte Problemlage aus der Sicht der ansässigen Experten ermittelt werden. Die Erkenntnisse daraus dienen weiter als Anknüpfungspunkte für Leitfadeninterviews mit BewohnerInnen aus Eberstadt Süd. Ziel dieser Phase ist, inhaltsanalytisch auszuloten, wie eine Koordination und Kooperation zwischen Akteuren des Netzwerks und den BewohnerInnen aussehen kann, und zwar sowohl während der Erhebung als auch bei daraus resultierenden Projekten. Phase II WS 2009 (BewohnerInnenperspektive): Durch Leitfadeninterviews, Projekte, Gruppendiskussionen, Fragebogen etc. soll die Bedeutung des sozialen Handelns, in Bezug zur vermuteten Korrelation zwischen Armut und Gesundheit, aus der Perspektive der Bevölkerung in Eberstadt Süd beleuchtet werden. Spezielle Bedürfnisse von Kindern und Personen mit Migrationshintergrund werden beachtet. Auch soll untersucht werden, was es schon in E-Süd gibt, welche Bedarfe es hinsichtlich Gesundheit gibt, was passieren sollte/ könnte, an welchen bestehenden Projekten und Initiativen angesetzt werden könnte und was auf jeden Fall vermieden werden sollte. Phase III (Auswertungsverfahren): Eine Auswertung erfolgt im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse (Auswertung anhand von Texten, wie z.B. Interviews), die es ermöglicht problemzentrierte, themenspezifische und lebensweltlich orientierte Ergebnisse darzustellen. Daraus lassen sich dann entsprechende Handlungsstrategien für die Praxis ableiten. So kann eine größere Partizipation der Lebenswelten der BewohnerInnen an der Gesundheitsförderung begünstigt werden. Um die Ergebnisse in die Praxis einfließen zu lassen, erfolgt eine Veröffentlichung der Erhebung.

**METHODE:** Eine Datenerhebung findet auf der Grundlage empirisch-qualitativer Methoden statt. Diese basiert auf einer starken Subjektbezogenheit. Dazu zählt auch die Untersuchung von Lebenswelten aus verschiedenen alltäglichen Bereichen. Ziel ist es, die Lebenswelten und die Bedeutung sozialen Handelns aus Sicht der Betroffenen realitätsnah zu erfassen.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** keine Angaben **ARBEITSPAPIERE:** Loges, Frank; Kilian, Christine; Berg, Philipp: Gesundheitsförderung als Stadtteilstrategie - Verbindung von Aktivierung und Steuerung. Darmstadt, 1 S.

**ART:** keine Angabe **BEGINN:** 2008-07 **ENDE:** 2009-12 **AUFTRAGGEBER:** keine Angabe **FINANZIERER:** keine Angabe

**INSTITUTION:** Hochschule Darmstadt, FB Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit (Haardtring 100, 64295 Darmstadt)

**KONTAKT:** Leiter (Tel. 06151-16-8513, Fax: 06151-16-8990, e-mail: frank.loges@h-da.de)

[207-L] Klever-Deichert, Gabriele:

**Rivalisierende Ansätze menschlichen Verhaltens im Spiegel der Präventionspolitik**, in: Werner Sesselmeier (Hrsg.) ; Frank Schulz-Nieswandt (Hrsg.): Konstruktion von Sozialpolitik im Wandel : implizite normative Elemente, Leipzig: Duncker & Humblot, 2008, S. 159-171, ISBN: 978-3-428-12505-0

**INHALT:** Die Autorin problematisiert zu Beginn den Zusammenhang zwischen Lebensstil und Krankheit und stellt anschließend rivalisierende Ansätze menschlichen Verhaltens vor, z.B. das Verhaltensmodell der Rational-Choice-Theorie und das Lebenslagenkonzept. Sie setzt sich vor diesem Hintergrund mit den Ansätzen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland kritisch auseinander und betont, dass nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes infolge der vorgezogenen Neuwahlen zum Deutschen Bundestag 2005 eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin dringend erforderlich ist. Insbesondere die demographische Entwicklung erfordert die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, um die Lebensqualität zu verbessern und das zahlenmäßige Verhältnis der Erwerbstätigen zu den Nicht-Erwerbstätigen zu stabilisieren. Die zunehmend größer werdende Kluft von Morbidität und Mortalität zwischen hohen und niedrigen sozioökono-

nomischen Statusgruppen kann ihrer Meinung nach nicht länger ignoriert werden. Die Präventionsbemühungen des Par. 20 SGB V reichen jedoch weder hinsichtlich ihres Umfangs noch ihrer Verantwortlichkeit aus. Erforderlich für zielgruppenspezifische Präventionsansätze, die an den Ursachen der gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen anknüpfen, sind größere finanzielle Anstrengungen, aber auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, welche die Aufgaben der Prävention nicht alleine den Krankenkassen überlässt. (ICI2)

[208-L] Kristenson, Margareta:

**Sozioökonomische Lage und Gesundheit: die Rolle des Bewältigungsverhaltens**, in: Johannes Siegrist (Hrsg.) ; Michael Marmot (Hrsg.) ; Anja Kauß (Übersetzer) ; Simone Weyers (Übersetzer): Soziale Ungleichheit und Gesundheit : Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen: Huber, 2008, S. 163-194, ISBN: 978-3-456-84563-0 (Standort: UB Frankfurt am Main(30)-88/580/71)

**INHALT:** In der Gesundheitsforschung wird allgemein davon ausgegangen, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status bezüglich ihrer Gesundheit schlechtere Aussichten als Menschen mit hohem sozioökonomischen Status haben. Die Autorin untersucht in ihrem Beitrag die Hypothese, dass individuelle psychosoziale Ressourcen wichtige Mediatoren dieses Phänomens sind. Sie betrachtet dabei insbesondere das Bewältigungsverhalten, d.h. die Fähigkeit des Individuums, mit seinen Lebensbedingungen zurechtzukommen, als ein mögliches Verbindungsglied. Zunächst skizziert sie mögliche Ursachen und die Besonderheiten sozial ungleicher Gesundheitsrisiken, um anschließend einige psychobiologischen Mechanismen, wie z. B. Erwartungshaltung, Kontrolle und Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl und Beharrlichkeit zu beschreiben. Sie stellt ferner neuere empirische Befunde zum Zusammenhang zwischen Sozialstatus, Bewältigungsverhalten und biologischen Reaktionen vor. Abschließend geht sie der Frage nach, ob eine psychologische Intervention wünschenswert, möglich oder gar notwendig ist, um die negativen Auswirkungen eines niedrigen Sozialstatus auf die Gesundheit zu minimieren. (ICI)

[209-L] Kuntz, Benjamin; Thier, Rebecca; Reichelt, Angela:

**Bildung und Gesundheit: prämierte Arbeiten des BKK Innovationspreises Gesundheit 2008**, Frankfurt am Main: Mabuse Verl. 2010, 184 S., ISBN: 978-3-940529-27-5

**INHALT:** Inhaltsverzeichnis: Benjamin Kuntz: Bildungsdisparitäten im Gesundheitsverhalten. Eine Sekundärdatenanalyse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 im Kontext der Diskussion um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten (13-68); Rebecca Thier: Auswirkungen gesamtgesellschaftlicher Prozesse auf die psychische Gesundheit Beschäftigter - arbeitsbedingte Belastungen und personelle Ressourcen im Fokus (69-126); Angela Reichelt: Konzeptionelle und praktische Überlegungen zum Aufbau einer gesundheitsfördernden Hochschule Fulda (127-184).

[210-L] Kuntz, Benjamin:

**Bildungsdisparitäten im Gesundheitsverhalten: eine Sekundärdatenanalyse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 im Kontext der Diskussion um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten**, in: Benjamin Kuntz ; Rebecca Thier ; Angela Reichelt: Bildung und Gesundheit : prämierte Arbeiten des BKK Innovationspreises Gesundheit 2008, Frankfurt am Main: Mabuse Verl., 2010, S. 13-68, ISBN: 978-3-940529-27-5

**INHALT:** Der Verfasser führt zunächst in die Diskussion über den Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage ein. In einem Exkurs wird dann auf den überragenden Stellenwert der Bildung als entscheidende Ressource einer sich entwickelnden Wissensgesellschaft hingewiesen. Sodann wird der aktuelle Forschungsstand im Hinblick auf den Einfluss der Bildung auf Mortalität und Lebenserwartung sowie auf allgemeinen Gesundheitszustand und Krankheitsgeschehen präsentiert. Erklärungsansätze für den Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit werden vorgestellt. Im Folgenden werden Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zum Einfluss der Bildung auf sportliche Inaktivität, die Verbreitung von Übergewicht und das aktuelle Rauchverhalten vorgelegt. Abschließend werden politische Handlungsempfehlungen diskutiert. (ICE2)



[211-L] Kuntz, Benjamin:

**Bildung schlägt soziale Herkunft: intergenerationale Bildungsmobilität und Gesundheitsverhalten im Jugendalter**, in: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, Jg. 31/2011, H. 2, S. 136-152 (Standort: USB Köln(38)-XG02735; Kopie über den Literaturdienst erhältlich)

**INHALT:** "Der Grundstein für eine gesunde Lebensweise wird bereits früh im Lebenslauf gelegt. Gerade das Jugendalter gilt als sensible Phase der Entwicklung zentraler Gesundheitsverhaltensweisen und erscheint damit für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen besonders geeignet. Auf der Basis repräsentativer Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) wird im vorliegenden Beitrag der Einfluss der elterlichen Bildung, des eigenen Bildungsstatus und der intergenerationalen Bildungsmobilität auf das Gesundheitsverhalten von 14- bis 17-Jährigen analysiert (n=3.737). Zur Messung des Gesundheitsverhaltens wird ein aus sechs Einzeldimensionen gebildeter Risikoindex herangezogen. Die Ergebnisse zeigen, dass dem Bildungsstatus der Jugendlichen ein eigenständiger Effekt auf das Gesundheitsverhalten zuzuschreiben ist. Der Einfluss der elterlichen Bildung kann hingegen bei Jungen vollständig, bei Mädchen zu einem Großteil, durch herkunftsbezogene Unterschiede für den Besuch weiterführender Schulen erklärt werden. Investitionen in Bildung und die Förderung gerechter Bildungschancen müssen in Zukunft als Kernelemente einer sozial-sensitiven Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik betrachtet werden." (Autorenreferat)

[212-L] Kuntz, Benjamin:

**Bildung und Gesundheit**, in: Thomas Schott ; Claudia Hornberg: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit : 20 Jahre Public Health in Deutschland ; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2011, S. 311-327, ISBN: 978-3-531-17581-2

**INHALT:** Ziel des Beitrages ist es, gestützt auf empirische Studien den Zusammenhang von Bildung und Gesundheit aus Public-Health-Sicht zu beleuchten, Erklärungsansätze zu skizzieren und sozialpolitische Handlungsimplikationen abzuleiten. Die Ausführungen basieren dabei auf der Idee, dass im 21. Jahrhundert die Bewahrung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit nicht allein Aufgabe der Gesundheitspolitik ist. Gesundheit kann heute mit Recht als politische Querschnittsaufgabe bezeichnet werden. So werden hier Hinweise für die Gültigkeit der Hypothese präsentiert, dass gerade Bildungspolitik auf fundamentale Weise immer auch Gesundheitspolitik ist. Im ersten Schritt wird zunächst die Bedeutung von Bildung als entscheidende Ressource der Wissensgesellschaft dargestellt. Der zweite Schritt beschreibt sodann den komplexen Zusammenhang von Bildung und Gesundheit mit seinen biologischen, psychischen, ökologischen und sozialen Einflussfaktoren. Der dritte Schritt liefert schließlich drei maßgebliche Erklärungsansätze über die positive Auswirkung höherer Bildung auf die Gesundheit: (1) Arbeitsbedingungen und finanzielle Erträge, (2) psychosoziale Ressourcen sowie (3) Gesundheitsverhalten. In einem abschließenden Ausblick plädiert der Autor für weitere Investitionen in die Bildung als ein Schlüssel für die Gesundheit der Bevölkerung. Untermauert wird die Forderung mit der Vorstellung von zwei Projekten - das Landesprogramm 'Bildung und Gesundheit' in Nordrhein-Westfalen sowie 'Anschub.de - Programm für die gute gesunde Schule'. (ICG2)

[213-L] Lange, Dominique:

**Einfluss von sozialen Faktoren und der Lebenswelten auf den Ernährungszustand und Lebensstil von Kindern und Jugendlichen der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS)**, (Schriftenreihe des Instituts für Humanernährung und Lebensmittelkunde der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Bd. 53), Tönning: Der Andere Verl. 2009, 114 S., ISBN: 978-3-89959-864-3

**INHALT:** "Übergewicht und Adipositas sind heute in westlichen Industriestaaten endemisch. Steigende Zahlen betreffen sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche aller sozialen Gruppen. Am häufigsten aber tritt Übergewicht in sozial schwachen Gruppen auf, wobei Migranten ein besonders hohes Risiko haben. Ursachen für Übergewicht liegen neben familiären und biologischen Faktoren somit auch in der sozialen Ungleichverteilung der Gesundheit. Weiterhin fördern 'adipogene' Lebenswelten Verhaltensweisen, die zur Entstehung von Übergewicht beitragen, wie z.B. körperliche Inaktivität und ein häufiger Verzehr energiedichter Lebensmittel. Im Rahmen der Kieler Adipositas-Prä-

ventionsstudie (KOPS) wurden sowohl migranten-spezifische als auch soziale Aspekte des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Des Weiteren wurden das Lebensmittelangebot und Faktoren der städtischen Infrastruktur erfasst und eine gesundheitliche Charakterisierung der Kieler Wohnbezirke vorgenommen. Diese wurde unter Berücksichtigung des sozialen Status mit dem Ernährungszustand und Faktoren des Lebensstils von Kieler Achtklässlern in Beziehung gesetzt." (Autorenreferat)

[214-L] Lenzen, Jochen:

**Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern: Möglichkeiten und Nutzen von Netzwerken**, Hamburg: Diplomica Verl. 2008, 112 S., ISBN: 978-3-8366-6146-1 (Standort: Bib. der PH Freiburg(Frei129)-SozD650:113)

**INHALT:** Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist der Nutzen von kooperativer gesundheitsfördernder Netzwerkarbeit und ihre Bedeutung für das Setting Kindertagesstätte. Zunächst werden die Begriffe soziale Benachteiligung und soziale Ungleichheit erläutert mit einem Schwerpunkt auf Einkommensarmut. Dann werden die Auswirkungen der Kinderarmut auf verschiedene Lebensbereiche, vor allem auf Gesundheit behandelt. Unterschiedliche Interpretationen des Gesundheitsbegriffs werden vorgestellt, die Gesundheitspotenziale benachteiligter Kinder beschrieben und die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die gesundheitliche Ungleichheit nach dem Modell von Mielck bestimmt. Die Forderung der Weltgesundheitsorganisation nach gesundheitlicher Chancengleichheit für alle führt zum Konzept der Gesundheitsförderung, dessen gesetzliche Grundlagen, Aktionsstrategien und Handlungsfelder aufgezeigt werden. Kernstrategie dieses Konzepts ist der Setting-Ansatz. Die Voraussetzungen für eine Gestaltung von Gesundheitsförderung nach diesem Konzept in Kindertagesstätten werden ebenso dargestellt wie die Verknüpfungen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Rahmen der Netzwerkarbeit. Anhand von Erfahrungsberichten werden abschließend Ansätze und Möglichkeiten der Netzwerkarbeit im Setting Kindertagesstätte aufgezeigt. (ICE2)

[215-L] Muff, Christine:

**Soziale Ungleichheiten im Ernährungsverhalten: theoretische Hintergründe und empirische Befunde**, (Medizinsoziologie, Bd. 19), Zürich: Lit Verl. 2009, 363 S., ISBN: 978-3-643-80030-5

**INHALT:** "Soziale Unterschiede in der Ernährungsqualität erhalten in der Diskussion um gesundheitliche Ungleichheiten große Wichtigkeit, was nach umfassendem Verständnis der Entstehungsmechanismen von Fehlernährung verlangt. In dieser Publikation wird die Assoziation zwischen Sozialstatus, Alter, Geschlecht und Ernährungsqualität untersucht, wobei deutlich wird, dass schwache Bildung, junges Alter und männliches Geschlecht starke Prädiktoren für Fehlernährung darstellen. Es wird eingehend aufgezeigt, wie der Einfluss von Bildung, Alter und Geschlecht auf Ernährungsgewohnheiten erklärt werden kann." (Autorenreferat)

[216-L] Nickel, Jennifer; Ravens-Sieberer, Ulrike; Richter, Matthias; Settertobulte, Wolfgang:

**Gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.) ; Andreas Klocke (Hrsg.) ; Wolfgang Melzer (Hrsg.) ; Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten : Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*, München: Juventa Verl., 2008, S. 63-92, ISBN: 978-3-7799-1971-1 (Standort: UB Duisburg(464)-E11OHT4849)

**INHALT:** Zunächst wird der aktuelle Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland beschrieben. Im Anschluss daran wird gefragt, welchen Einfluss soziale Ungleichheit auf den Substanzmittelkonsum im Jugendalter hat und welche sozioökonomischen Indikatoren dabei eine Rolle spielen. Neben traditionellen familiären Statusindikatoren wie dem familiären Wohlstand und dem Berufsstatus der Eltern fließen auch Indikatoren in die Analyse ein, die die persönliche soziale Stellung des Jugendlichen innerhalb seiner Altersgruppe beschreiben (Schulform, Schulerfolg). Außerdem wird gefragt, wie sich ein problematischer Konsum psychoaktiver Substan-

zen auf unterschiedliche Gesundheitsaspekte auswirkt. Neben der subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes werden auch das vermehrte Auftreten psychosomatischer Beschwerden und die mentale Gesundheit der Jugendlichen betrachtet. Insgesamt zeigen die Ergebnisse einen im Vergleich zu früheren Untersuchungen rückläufigen Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis. Regelmäßiger Konsum dieser Substanzen wirkt sich negativ auf die Bewertung der allgemeinen Gesundheit, das Auftreten psychosomatischer Beschwerden sowie auf die psychische Gesundheit aus. (ICE2)

[217-L] Ohlbrecht, Heike:

**Soziale Exklusionsbedrohung, Armut und Gesundheit in Familien: zu den veränderten Bedingungen alltäglicher Lebensführung**, in: Heike Ohlbrecht (Hrsg.) ; Christine Schönberger (Hrsg.): *Gesundheit als Familienaufgabe : zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention*, München: Juventa Verl., 2010, S. 47-67, ISBN: 978-3-7799-1980-3

**INHALT:** Der beschleunigte gesellschaftliche Wandel in modernen Gesellschaften lässt auch die Familienwelten unter Druck geraten. Die gestörte Work-Life-Balance in Familien und die neuen Zeitmuster aufgrund des beschleunigten Lebenstempos führen zur Überlastung der Eltern und Leistungsstress und Versagensängsten bereits im Kindesalter. Besondere Belastungen und Risiken tragen Familien aus den unteren sozialen Schichten, deren Gesundheitskapital durch psychosozialen Stress, Anerkennungskrisen und Ressourcendeprivation beeinträchtigt ist. Die sozial ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im Kindesalter wird von der Verfasserin anhand der zentralen Gesundheitsprobleme des Kindesalters wie Adipositas und psychische Krankheiten aufgezeigt. Eine Kumulation von sozialer Benachteiligung kann zu einem Gefühl der Exklusion und zu mangelnden Selbstwirksamkeitserfahrungen führen, die eine zentrale Voraussetzung für Gesundheitsfähigkeit darstellt. Eine Förderung von Gesundheit und von Handlungskompetenzen bei Eltern und Kindern ist nur dann Erfolg versprechend, wenn sie als umfassende Förderung der Verwirklichungschancen verstanden wird, die bei den konkreten Lebensbedingungen ansetzt und den engen Zusammenhang zwischen Bildungschancen und Gesundheitschancen aufgreift. (ICE2)

[218-L] Puls, Wichard:

**Betriebliche Rahmenbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol: eine Diskussion der Befunde in soziologischer Perspektive**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): *Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 236-256, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Der Verfasser zeigt, dass die Konzipierung und Interpretation von empirischen Studien zum Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen in der Organisation und dem Konsum von Alkohol im Lichte soziologischer Theorien dazu beitragen kann, Wirkungszusammenhänge exakter erfassen zu können. Exemplarisch wird hierbei Bezug auf die Theorie der Gratifikationskrise und das Modell der soziologischen Erklärung genommen. Damit wird dem Argument Rechnung getragen, empirische Forschung und soziologische Theorie stärker zu verbinden. Wichtig ist weniger beim gegenwärtigen Forschungsstand, so die These, welche Theorie verwendet wird, sondern dass eine soziologische Theorie Verwendung findet. Die empirische Überprüfbarkeit ist dabei nicht der Gradmesser gesundheitswissenschaftlicher Analysen, sondern an ihre Stelle tritt die Frage der unmittelbaren Evidenz. Die empirische Überprüfbarkeit ist bei der Bewertung von Gesellschaftsstrukturen in gesundheitswissenschaftlicher Perspektive von untergeordneter Bedeutung. Es wird argumentiert, dass die empirische Sozialforschung und mit ihr in weiten Teilen die empirische Soziologie, befangen in den Formen und Kompromissen ihrer Praxis, nur sehr bedingt als kritische Beobachterin gesellschaftlicher Prozesse fungieren kann. (ICF2)

[219-L] Richter, Antje; Wächter, Marcus:

**Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit**, (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 36), Köln 2009, 77 S., ISBN: 978-3-937707-63-1 (Graue Literatur; [www.bzga.de/?uid=7036261dae91d36b00c2cab1f6e59701&id=medien&sid=58&idx=1615](http://www.bzga.de/?uid=7036261dae91d36b00c2cab1f6e59701&id=medien&sid=58&idx=1615))

**INHALT:** "Nachbarschaft lässt sich anhand der Kategorien 'räumliche Nähe', 'soziale Interaktion' und 'Heterogenität' beschreiben. Das Zusammenwirken dieser Kategorien bewirkt im positiven Fall das Zusammenwirken der Bewohnerschaft in einem Nachbarschaftsnetzwerk, das sich über unterschiedliche Einzelpersonen, Gruppen und Institutionen erstreckt und durch Verantwortungsübernahme der Akteure gekennzeichnet ist. Als wesentliche gesundheitsrelevante Strategie im Setting Nachbarschaft erweist sich die Netzwerkbildung. Vernetzte Aktivitäten in der Nachbarschaft lassen sich in Aktivitäten unterteilen, die von externen Akteuren - oftmals hauptamtlich Tätigen - angestoßen wurden, sowie in Aktivitäten, die von Bewohnerinnen und Bewohnern in der Nachbarschaft eigenständig initiiert und dauerhaft weitergeführt werden. Die vorliegende Arbeit beleuchtet den Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Besondere Berücksichtigung finden dabei die Bedarfe von sozial und gesundheitlich benachteiligten Personen. Als Quellen dienen die Dokumentationen der dreiteiligen Tagungsreihe 'Nachbarschaft und Gesundheit' der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und des Regionalen Knotens Niedersachsen sowie ergänzende Texte. Im Zentrum der Ausarbeitung steht die Analyse und Diskussion von Praxisbeispielen aus der Datenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) und aus benachbarten Bereichen. In sechs qualitativen Interviews werden ausgewählte Expertinnen und Experten zum Thema Nachbarschaft und Gesundheit befragt. Das Interesse ist dabei insbesondere auf die Beschreibung der Strategien, Chancen und Hemmnisse ihres Vorgehens bezüglich der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit gerichtet. Ein Schwerpunkt bei der Auswahl der Projekte und der Expertinnen und Experten sowie bei der Darstellung der Ergebnisse liegt auf der Zielgruppe 'ältere Menschen'." (Autorenreferat)

[220-L] Richter, Matthias; Lampert, Thomas:

**Verkörperte Ungleichheiten: die Rolle multipler Statusindikatoren für das Gesundheitsverhalten im Jugendalter**, in: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, Jg. 28/2008, H. 2, S. 174-190 (Standort: USB Köln(38)-XG02735; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; [www.juventa.de/zeitschriften/zse/abstracts/Jahrgang2008/11200802174.html?2](http://www.juventa.de/zeitschriften/zse/abstracts/Jahrgang2008/11200802174.html?2))

**INHALT:** "Die Belege für einen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitsrelevantem Risikoverhalten im Jugendalter sind inkonsistent und widersprüchlich. Im vorliegenden Beitrag wurden mithilfe eines multidimensionalen Modells sozioökonomische Unterschiede im Risikoverhalten bei 11- bis 15-Jährigen analysiert. Datenbasis ist die deutsche Teilstichprobe der Studie 'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)' aus dem Jahr 2002 (n=5650). Die Ergebnisse zeigen, dass familienbezogene Statusindikatoren (Berufsstatus der Eltern und familiärer Wohlstand) nur einen sehr schwachen Einfluss auf den Tabakkonsum und alkoholbedingte Rauscherfahrungen haben, während persönliche Statusindikatoren (Schultyp und schulische Leistungen) deutlich mit diesen Outcomes assoziiert sind. Im Vergleich dazu zeigt sich für die Einnahme des Frühstücks und den Fernsehkonsum ein deutlicher Zusammenhang mit allen vier Indikatoren. Die herkunftsbezogenen Merkmale scheinen also in Bezug auf diese Aspekte des Gesundheitsverhaltens zumindest gleich bedeutsam wie die schulischen Merkmale zu sein. Die Analyse verdeutlicht, wie wichtig es ist, multiple Statusindikatoren bei der Identifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter heranzuziehen." (Autorenreferat)

[221-L] Rosenbrock, Rolf:

**Primärprävention - Was ist das und was soll das?**, (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen Forschungsgruppe Public Health, 2008-303), Berlin 2008, 32 S. (Graue Literatur; [bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-303.pdf](http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-303.pdf)); Forschungsbericht/Nummer: SPI2008-303

**INHALT:** "Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt kontinuierlich an, die Phase chronischer Erkrankungen beginnt dabei immer später im Leben. Diese compression of morbidity eröffnet der Ge-

sundheitspolitik die Perspektive auf 'mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben'. Dabei spielt der Ausbau der Primärprävention eine unverzichtbare Rolle. Angesichts der großen, sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen sind Interventionen von besonderem Interesse, die insbesondere sozial benachteiligte Menschen gut erreichen. Solche Interventionen zielen sowohl auf die Senkung von Gesundheitsbelastungen als auch auf die Vermehrung gesundheitsdienlicher Ressourcen, sie sind häufig krankheitsunspezifisch, sie berücksichtigen und verändern auch die Verhaltenskontexte und sie sind in hohem Maße partizipativ. Diese Voraussetzungen werden bislang v.a. von Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und von multimodalen Gesundheitskampagnen erfüllt. An der Übertragung dieser Ansätze auf andere Settings bzw. Zielgruppen bzw. Themen wird gegenwärtig gearbeitet. Auch wenn Zahl und Qualität solcher Projekte bzw. Kampagnen erheblich vermehrt werden, können sie angesichts der - durch Bildung, Arbeitsmarkt und Einkommensverteilung - anhaltenden Produktion von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen keine vollständige Chancengleichheit herbeiführen." (Autorenreferat)

[222-CSA] Rudd, Rima; Flecha, Ainhoa; Garcia, Rocio:

**Using Health Literacy in School to Overcome Inequalities**, in: European Journal of Education, vol. 46, no. 2, pp. 209-218, 2011, ISSN: 0141-8211

**INHALT:** Health literacy has firmly established the links between literacy skills and health outcomes and is subsequently considered a key strategy for improving the health of disadvantaged populations and addressing social inequality. However, current research findings for improving health literacy have primarily focused on adults and actions within health and health care settings. Implementation studies outside the health sector are scarce. This study, a subset of the INCLUD-ED community-based project on social inclusion, reports on successful community-based approaches to health literacy. This article focuses on two schools that take advantage of the cultural intelligence of their students' family members, allowing them to make health literacy programmes more effective and useful for the participants. In addition, family involvement in educational activities addressed to children, including health programmes, has been found to improve the health literacy of the participating adults and their use of healthcare services. Findings indicate that schools in Europe can play a key role in breaking the cycle of health inequalities by promoting health literacy through education. Adapted from the source document.

[223-L] Schnabel, Peter-Ernst:

**Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. ungleichheitsverringende Gesundheitsförderung: Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 480-510, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Der Verfasser überprüft aktuelle Public Health-Paradigmen daraufhin, ob sie die Komplexität sozialer Ungleichheiten aufnehmen können und damit überhaupt auf die Aufgabe ausgerichtet sind, Ungleichheiten zu reduzieren. Er kritisiert eine auf naturwissenschaftlichem Denken aufbauende, meist sehr eindimensional ausgerichtete Interventionspraxis bei der Anwendung von Public Health. Eine auf interdisziplinären Erkenntnissen aufbauende und als integriert konzipierte Gesundheitsförderung macht nur Sinn, so die These, wenn sie nicht als mono-, sondern als plurimodal operierende angeboten wird. Dass die in der herkömmlichen Präventionspolitik dominierenden Bemühungen, fast ausschließlich durch kognitive Einflussnahme risikomindernde Verhaltensänderungen herbei zu führen weder allgemein besonders gut noch bei denjenigen Bevölkerungsteilen funktioniert, bei denen der Bedarf an wirksamen Förderungsprogrammen am größten ist, hat die Interventions- im Verein mit der Kommunikationsforschung nicht nur dazu gebracht, intensiver als zuvor darüber nachzudenken, wie man sie besser erreicht und nachhaltiger motiviert. Man hat außerdem begonnen, Gesundheitskommunikationsexperten und -expertinnen auszubilden, mit denen eine bis dato übersehene Kompetenzlücke innerhalb des Präventionssystems geschlossen werden soll. (ICF2)

[224-F] Schneider, Björn, Dipl.-Soz. (Bearbeitung); Klein, Thomas, Prof.Dr. (Leitung):

**Auswirkungen des Wandels der Partnerschafts- und Familienbiografie auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten**

**INHALT:** Die vergangenen Jahrzehnte haben übergreifende Veränderungen im Bereich der partnerschafts- und familienbezogenen Lebensführung mit sich gebracht (Rückläufigkeit und Aufschub der Elternschaft, Wandel der Partnerschaftsformen, Häufung von Partnerschaftstrennungen und Partnerlosigkeit, veränderte Organisations- und Machtstrukturen in Paarbeziehungen etc.). Nicht unwahrscheinlich ist, dass der beachtliche Rückgang der Mortalität in den höheren Altersgruppen zu einem Teil auch auf der vergleichsweise stabilen Partnerschafts- und Familienbiografie in den betreffenden Generationen beruht. Unklar ist, ob demgegenüber die Gesundheit der nachfolgenden Generationen durch die genannten Wandlungsprozesse beeinträchtigt wird. Für viele Aspekte des sozialen Wandels von Familie und Partnerschaft ist weitgehend unbekannt, inwiefern sie sich auf die körperliche Gesundheit, auf Mortalität sowie auf das Gesundheitsverhalten und auf die Stressbelastung auswirken. Dies betrifft v.a. die Gesundheitswirkung der zunehmend etablierten nicht-ehelichen Paarbeziehungen mit und ohne einen gemeinsamen Haushalt, der sich ändernden Macht- und Arbeitsteilungsstrukturen in Paarbeziehungen sowie der veränderten Organisation von Elternschaft (z.B. Müttererwerbstätigkeit, Inanspruchnahme außerhäuslicher Kinderbetreuung). Das Forschungsvorhaben reagiert auf diese Forschungslücken und untersucht die Gesundheitsrelevanz der genannten Aspekte des partnerschafts- und elternschaftsbezogenen sozialen Wandels. Datengrundlage ist das Sozio-oekonomische Panel. Hinzu kommen validierende und vertiefende Auswertungen mit weiteren Längsschnittdaten.

**ART:** gefördert *BEGINN:* 2011-10 *ENDE:* 2014-03 *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Deutsche Forschungsgemeinschaft

**INSTITUTION:** Universität Heidelberg, Fak. für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Max-Weber-Institut für Soziologie (Bergheimer Str. 58, 69115 Heidelberg)

**KONTAKT:** Institution -Sekretariat- (tel. 06221-5429-76, Fax: 06221-5429-96, e-mail: soziologie@urz.uni-heidelberg.de)

[225-L] Schneider, Sven; Pokora, Andrea:

**Warum die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Arm und Reich weiter zunimmt: Chancen und Fallstricke für die Soziale Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention**, in: Neue Praxis : Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Jg. 38/2008, H. 5, S. 494-504 (Standort: USB Köln(38)-XG2744; Kopie über den Literaturdienst erhältlich)

**INHALT:** "Innerhalb der Sozialen Arbeit gewinnt der Public-Health-Sektor in Präventions-Projekten ebenso wie in Gesundheitseinrichtungen immer mehr an Bedeutung. Bezogen auf die Nutzung von Rückenschul- und Bewegungsprogrammen sowie die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gehen die Autoren zunächst der Frage nach, wie sich schichtspezifische Unterschiede in der Gesundheit erklären beziehungsweise reduzieren lassen. Sodann wird untersucht welche Grundsätze diesbezüglich in der beruflichen Praxis bei der Planung adäquater Präventionsmaßnahmen zu beachten sind." (Autorenreferat)

[226-L] Settertobulte, Wolfgang:

**Der Einfluss der Gleichaltrigen auf das Risikoverhalten im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit**, in: Matthias Richter (Hrsg.) ; Klaus Hurrelmann (Hrsg.) ; Andreas Klocke (Hrsg.) ; Wolfgang Melzer (Hrsg.) ; Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten : Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, München: Juventa Verl., 2008, S. 214-230, ISBN: 978-3-7799-1971-1 (Standort: UB Duisburg(464)-E11OHT4849)

**INHALT:** Der Verfasser fragt zunächst, welche Bedeutung die Gleichaltrigen in der Phase der Pubertät für die Vorhersage gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen haben. Größe und Zusammensetzung der Freundesgruppen werden dargestellt, insbesondere auch der Aspekt des Geschlechts, da dies für das Auftreten riskanter Verhaltensweisen in vielen Fällen ausschlaggebend erscheint. Wichtig für spezifische Freizeitinteressen und subkulturelle Orientierungen ist auch die soziale Herkunft. Eine multi-

variate Regressionsanalyse gibt Auskunft über den relativen Einfluss der erhobenen Variablen auf das Verhalten. Als wichtig - auch für die Suchtprävention - erweist sich die Frage, welche Verhaltensweisen in der Peer Group als "normal" gelten. Der Untersuchung liegt die HBSC-Studie für Deutschland zugrunde. (ICE2)

[227-F] Sommerwerck-Weber, Peter (Bearbeitung); Strasser, Hermann, Prof.Dr.Ph.D. (Betreuung):

**Kinderarmut und Gesundheit. Neue Perspektiven und vernachlässigte Konsequenzen**

**INHALT:** keine Angaben

**ART:** Dissertation *ENDE:* 2010-12 *AUFTRAGGEBER:* keine Angabe *FINANZIERER:* keine Angabe

**INSTITUTION:** Universität Duisburg-Essen Campus Duisburg, Fak. für Gesellschaftswissenschaften, Institut für Soziologie Forschungsgruppe Sozialkapital (47048 Duisburg)

**KONTAKT:** Institution -Sekretariat- (Tel. 0203-379-1429, Fax: 0203-379-4350, e-mail: silke.demmler@uni-due.de)

[228-L] Sperlich, Stefanie:

**Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit durch Empowerment: empirische Analyse der Gesundheitseffekte für sozial benachteiligte Mütter**, (VS research), Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2009, 201 S., ISBN: 978-3-531-16606-3

**INHALT:** "Als Empowerment werden psychosoziale Interventionsstrategien bezeichnet, die dazu befähigen sollen, eigene Lebenswege selbstbestimmt zu gestalten. Dem Empowerment kommt auch in der Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen eine Schlüsselrolle zu, seine Wirksamkeit zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit wurde jedoch bislang kaum empirisch geprüft. Stefanie Sperlich untersucht den Erfolg und die Gesundheitseffekte von Empowerment-Prozessen anhand von Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter. Die Evaluationsstudie bestätigt den hohen Stellenwert von Empowerment für die nachhaltige Verbesserung der Gesundheit und verweist auf Optimierungspotenziale in der gesundheitlichen Versorgung sozial benachteiligter Mütter. Die Arbeit zeigt Schwächen des Schichtansatzes auf und stellt mit dem Konzept der Lebenslagen einen lebensweltnäheren Untersuchungsansatz vor, der für die medizinsoziologische Ungleichheits- und Versorgungsforschung weiterführende Perspektiven eröffnet." (Autorenreferat)

[229-CSA] Stephens, Carolyn:

**Revisiting urban health and social inequalities: the devil is in the detail and the solution is in all of us**, in: *Environment & Urbanization*, vol. 23, no. 1, pp. 29-40, 2011, ISSN: 0956-2478

**INHALT:** This paper considers how the subject of urban inequalities has come to be given more consideration within the discussions of urban poverty and urban health. It suggests a need for more precision in understanding and acting on such inequalities -- and discusses how measurement and policy response are influenced by whether the focus is on urban poverty, differentials, inequality or inequity. Many authors fail to clarify the difference between a differential, an unequal and an unjust distribution of services or resources, or health outcomes. This paper discusses what aspects of inequality can and cannot be addressed through conventional local government interventions (for instance, in upgrading informal settlements or public transport, or water pricing). It argues that to change urban inequalities at root, we have to recognize and address unjust distributions of power and control of resources. Adapted from the source document.

[230-CSA] Sverdlik, Alice:

**Ill-health and poverty: a literature review on health in informal settlements**, in: *Environment & Urbanization*, vol. 23, no. 1, pp. 123-155, 2011, ISSN: 0956-2478

**INHALT:** This paper reviews the literature on health in the informal settlements (and 'slums') that now house a substantial proportion of the urban population in Africa, Asia and Latin America. Although

this highlights some important gaps in research, available studies do suggest that urban health inequalities usually begin at birth, are reproduced over a lifetime (often reinforced by undernutrition), and may be recreated through vulnerabilities to climate change and a 'double burden' of communicable and non-communicable diseases. The review begins with a discussion of papers with a life-course perspective on health, poverty and housing, before considering recent literature on chronic poverty and ill-health over time. It then discusses the literature on the cost, quality and access to care among low-income groups, and the under-recognized threat of unintentional injuries. This includes recent literature that discusses where low-income residents may suffer an 'urban penalty' rather than benefiting from urban bias -- although there are also studies that show the effectiveness of accessible, pro-poor health care. The concluding section examines emerging risks such as non-communicable diseases and those associated with climate change. It notes how more gender- and age-sensitive strategies can help address the large inequalities in health between those in informal settlements and other urban residents. With greater attention to the multi-faceted needs of low-income communities, governments can create interventions to ensure that urban centres fulfil their enormous potential for health. Adapted from the source document.

[231-CSA] the EMCONET Network; Benach, Joan; Solar, Orielle; Vergara, Montserrat; Vanroelen, Christophe; Santana, Vilma; Castedo, Antia; Ramos, Javier; Muntaner, Carles:

**Six Employment Conditions and Health Inequalities: A Descriptive Overview**, in: International Journal of Health Services, vol. 40, no. 2, pp. 269-280, 2010, ISSN: 0020-7314

**INHALT:** Standard full-time permanent employment-providing a minimal degree of stability, income sustainability, workers' empowerment, and social protection-has declined in the high-income countries, while it was never the norm in the rest of the world. Consequently, work is increasingly affecting population health and health inequalities, not only as a consequence of harmful working conditions, but also because of employment conditions. Nevertheless, the health consequences of employment conditions are largely neglected in research. The authors describe five types of employment conditions that deviate from standard full-time permanent employment-precariois employment, unemployment, informal employment, forced employment or slavery, and child labor-and their health consequences, from a worldwide perspective. Despite obvious problems of measurement and international comparability, the findings show that, certainly in the low-income countries, these conditions are largely situated in informality, denying any possible standard of safety, protection, sustainability, and workers' rights. Considerable numbers of the world's working people are affected in geographically and socioeconomically unequal ways. This clearly relates nonstandard employment conditions to health equity consequences. In the future, governments and health agencies should establish more adequate surveillance systems, research programs, and policy awareness regarding the health effects of these nonstandard employment conditions. Adapted from the source document.

[232-L] Vester, Michael:

**Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit**, in: Mel Bartley ; David Blane ; Wolfgang Hien ; Klaus Hurrelmann ; Petra Kolip ; Gopalakrishnan Netuveli ; Diana Sahrai ; Juliet Stone ; Michael Vester: Health Inequalities, Berlin: Argument-Verl., 2009, S. 36-56, ISBN: 978-3-88619-824-5

**INHALT:** Nach dem einheitsstiftenden Prinzip des Habitus sind die Attribute und Praktiken der alltäglichen Lebensführung vorrangig mit der Aufgabe verbunden, eine spezifische Stellung und Lage im gesamtgesellschaftlichen Gefüge zu erlangen bzw. zu bewältigen. Moralische und materielle Aspekte sind zum Beispiel verbunden mit Beziehungszusammenhängen und spezifischen körperlichen und geistigen, individuellen und geselligen, belastenden und aufbauenden Tätigkeiten und damit biographischen Strategien, die die Bildungs- und Berufswege anbahnen. Wie weit diese Lebensziele erreicht werden, hängt nicht zuletzt davon ab, ob dafür geeignete sozialpsychische Dispositionen ausgebildet worden sind, etwa Fähigkeiten der asketischen Selbststeuerung oder der flexiblen Anpassung an wechselnde äußere Handlungsmöglichkeiten. Dieses typologische Panorama verschiedener Strategien und Dispositionen ist für die Gesundheitswissenschaften nach Meinung des Autors noch gar nicht erforscht. Er verdeutlicht den Forschungsbedarf anhand einiger kontrastierender Beispiele und stützt sich dabei auf eigene Untersuchungen über den Habitus und die Lebensweise sozialer Mi-



lieus. Diese knüpfen an die frühen englischen Cultural Studies, an die Theorie sozialer Praxis von Pierre Bourdieu und die Methodologie der Milieuanalyse des Sinus-Instituts an. Der Autor zeigt auf dieser Grundlage, dass die Milieudifferenzen eine Erklärungsfolie für die gesamtgesellschaftlich bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten liefern. (ICI2)

[233-F] Walter, Carina, Dipl.-Ökotroph.; Friedrich, Linda, Dipl.-Ökotroph. (Bearbeitung); Leonhäuser, Ingrid-Ute, Prof.Dr. (Leitung); Leonhäuser, Ingrid-Ute, Prof.Dr. (Betreuung):

**Ernährungs- und Gesundheitsverhalten von Kindern in Familien mit vermindertem Einkommen (Arbeitstitel: Ernährungs- und Gesundheitsverhalten von Nürnberger Grundschulkindern vor dem Hintergrund ihrer sozioökonomischen Situation)**

**INHALT:** Ermittlung des Ernährungsverhaltens der Kinder, sowie des Ernährungs- und Gesundheitsstatus vor dem Hintergrund der sozioökonomischen Situation der Familien zur Ableitung von Strategien für zielgruppenspezifische Ernährungsbildungsprogramme. **ZEITRAUM:** Mai bis Oktober 2006 **GEOGRAPHISCHER RAUM:** Nürnberg, Bayern, Bundesrepublik Deutschland

**METHODE:** Standardisierte Befragung der Kinder und ihrer Eltern; Messung anthropometrischer Daten, Blutanalysen. Untersuchungsdesign: Querschnitt **DATENGEWINNUNG:** Standardisierte Befragung, schriftlich (Stichprobe: 321; A wahlverfahren: bew. Auswahl). Standardisierte Befragung, telefonisch (Stichprobe: 280; Auswahlverfahren: bew. Auswahl). Blutanalyse (Stichprobe: 187). Feldarbeit durch Mitarbeiter/-innen des Projekts.

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Leonhäuser, I.-U.; Friedrich, L.; Walter, C.: Ernährung und Gesundheit von Kindern unter Berücksichtigung der sozioökonomischen Situation. in: Deutsches Kinderhilfswerk e.V. (Hrsg.): Kinderreport Deutschland 2007. Daten, Fakten, Hintergründe. Augsburg: Velber 2007, S. 133-140.+++Walter, C.; Friedrich, L.; Leonhäuser, I.-U.: Ernährungsweise und -zustand von Nürnberger Grundschulkindern. Eine regionale Studie zur Untersuchung sozioökonomisch bedingter Unterschiede. in: Ernährung, 2008, 2, S. 58-67.

**ART:** Dissertation; Auftragsforschung; gefördert **BEGINN:** 2005-09 **ENDE:** 2008-04 **AUFTRAGGEBER:** Freistaat Bayern Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit **FINANZIERER:** Auftraggeber; Graduiertenstipendium d. Univ. Gießen

**INSTITUTION:** Universität Gießen, FB 09 Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und Umweltmanagement, Institut für Ernährungswissenschaft Professur für Ernährungsberatung und Verbraucherverhalten (Senckenbergstr. 3, 35390 Gießen)

**KONTAKT:** Institution, Sekretariat (Tel. 0641-9939081, e-mail: Leonhaeuser-ebvv@ernaehrung.uni-giessen.de)

[234-CSA] Weitz, Rose; Chaufan, Claudia:

**The Elephant In The Room: The Invisibility Of Poverty In Research On Type 2 Diabetes**, in: Humanity and Society, vol. 33, no. 1-2, pp. 74-98, 2009, ISSN: 0160-5976

**INHALT:** Over two hundred years of anecdotal, epidemiological, and experimental evidence indicate that poverty breeds disease. This holds true for type 2 diabetes, which both in the United States and other developed nations disproportionately occurs, cripples, and kills among the poor. In this article we examine rhetorical strategies used in 30 journal articles indexed under type 2 diabetes and poverty. As we show, poverty is rarely highlighted in this literature as a causal factor. Instead, explanations for diabetes among poor people overwhelmingly emphasize features of patients-their biology, behaviors, psychology, culture, or other 'risk factors'-while ignoring, reframing or neglecting the links between poverty and disease. By so doing, these discursive strategies naturalize higher rates of diabetes among poor persons, legitimize relations of domination in the larger society, and encourage only research projects, treatment practices and health and social policies that do not challenge existing social relations. We discuss the implications of these discursive practices for medical research and care, and for social and public health policies. Adapted from the source document.

[235-L] Weyers, Simone:

**Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 257-270, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Die Verfasserin schließt an bestehende Diskussionsstränge mit einer komprimierten Auswahl aus dem soziologischen Theorieangebot sozio-kultureller Erklärungsansätze an. Ihr Ausgangspunkt ist das individuelle gesundheitsbezogene Verhalten. Die Prävention der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen Tabakmissbrauch, einseitige Ernährung und Bewegungsmangel hat, so die These, eine große Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Solche Verhaltensweisen sind zentrale Risikofaktoren für chronisch-degenerative Erkrankungen, die für vorzeitige Sterblichkeit verantwortlich sind, die den Patienten im Alter dauerhaft an das Versorgungssystem binden und die Gesundheitskassen viel Geld kosten. Soziale Beziehungen greifen an vielen Stellen der Aufnahme und Fortführung gesundheitsfördernden Verhaltens und sollten neben der sozioökonomischen Situation der Zielgruppe in Interventionen berücksichtigt werden. (ICF2)

[236-L] Zillien, Nicole; Lenz, Thomas:

**Gesundheitsinformationen in der Wissensgesellschaft: empirische Befunde zur gesundheitlichen Internetnutzung**, in: Christian Stegbauer (Hrsg.) ; Michael Jäckel (Hrsg.): Social Software : Formen der Kooperation in computerbasierten Netzwerken, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 155-173, ISBN: 978-3-531-15395-7

**INHALT:** "Es wird der Frage nachgegangen, wie sich - vor allem aus Patientensicht - der Gesundheitsbereich in der Wissensgesellschaft verändert. In einem ersten Schritt werden dabei mit der Erhöhung des Informationsbedarfs, der Erweiterung von Handlungsoptionen, einer wahrgenommenen Ausweitung individueller Einflussnahme und der politischen Forderung einer stärkeren Eigenverantwortung allgemeine Tendenzen der Wissensgesellschaft beschrieben. Diese allgemeinen Tendenzen lassen sich beispielhaft am Gesundheitswesen der Wissensgesellschaft veranschaulichen. Paradigmatisch für die an Patienten der Wissensgesellschaft gestellten Erwartungen steht die Nutzung gesundheitsbezogener Online-Gruppen. Der entsprechende Forschungsstand wird skizziert, wobei sich herausstellt, dass die Vor- und Nachteile der Nutzung von Online-Gruppen zu Gesundheitsthemen einer gesellschaftlichen Ungleichverteilung unterliegen. Diese These wird abschließend im Rahmen einer Sekundärauswertung der Allensbacher Computer- und Technikanalyse empirisch untersucht." (Autorenreferat)

## 6 Gesundheitspolitik

[237-L] Bartley, Mel:

**Gesundheitliche Ungleichheit und Sozialpolitik**, in: Mel Bartley ; David Blane ; Wolfgang Hien ; Klaus Hurrelmann ; Petra Kolip ; Gopalakrishnan Netuveli ; Diana Sahrai ; Juliet Stone ; Michael Vester: Health Inequalities, Berlin: Argument-Verl., 2009, S. 95-113, ISBN: 978-3-88619-824-5

**INHALT:** Gesundheitliche Ungleichheiten lassen sich der Autorin zufolge nicht getrennt von gesamtgesellschaftlichen Ungleichheiten betrachten und ebenso wenig lassen sich gesundheitspolitische von sozialpolitischen Maßnahmen und Konzepten trennen. Die Autorin zeigt am Beispiel Großbritanniens, dass eine Reihe von populären Forderungen an eine Sozialpolitik zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten in der Praxis nicht einzulösen sind, so etwa die Forderung einer "evidenz-basierten" Politik in den Feldern Gesundheit und Soziales. Ihre Ausführungen betreffen unter anderem die Frage, ob es einen Wirksamkeitsnachweis für sozialpolitische Strategien gibt, und welches "Upstream"-Modell für sozialpolitische Maßnahmen am ehesten geeignet ist. Sie skizziert ferner einige Ergebnisse internationaler Vergleichsstudien zur gesundheitlichen Ungleichheit und beschreibt sozialpolitische Maßnahmen auf der Grundlage behavioristischer Erklärungsmuster, psycho-sozialer Ansätze sowie materialistischer und neo-materialistischer Erklärungsmodelle. (ICI)

[238-L] Bittlingmayer, Uwe H.:

**Blaming, Producing and Activating the Victim: materialistisch inspirierte Anmerkungen zu verdrängten Dimensionen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit**, in: Gregor Hensen (Hrsg.) ; Peter Hensen (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat : Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 239-258, ISBN: 978-3-531-15286-8

**INHALT:** Der Beitrag nimmt im ersten Schritt zunächst die gesundheitspolitischen Stellungnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit in den Blick. Dabei zeigt sich, dass die markanteste Linie aktueller Gesundheitspolitik in Deutschland im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit eine folgenreiche doppelte Verschiebung aufweist. Im zweiten Schritt wird analysiert, inwieweit sich die aktuelle Gesundheitspolitik auf eben dieser Grundlage in den öffentlichen Kampagnen einem 'Blaming the Victim' schuldig macht, das gesundheitliche Ungleichheiten kaum ernsthaft zu reduzieren vermag. Im dritten Schritt wird ferner gezeigt, dass dieses Blaming the Victim nicht zufällig erfolgt, sondern der spezifischen politischen Logik eines aktivierenden Sozialstaats inhärent ist. Insofern wird das Beschuldigen und Verleumden der Opfer aktueller Politik maßgeblich gerahmt zunächst von der Produktion der Opfer gesundheitlicher Ungleichheiten durch die Einführung und Verstärkung marktorientierter Steuerungsformen einerseits und von der Aktivierung der Opfer in Form der normativen Betrachtung von Lebensstilen sowie der sukzessiven Erweiterung von Präventionspflichten andererseits. (ICG2)

[239-L] Buyx, Alena:

**Eigenverantwortung als Kriterium der Prioritätensetzung in Medizinsystem und Public Health**, in: Daniel Strech (Hrsg.) ; Georg Marckmann (Hrsg.): Public Health Ethik, Hamburg: Lit Verl., 2010, S. 129-153, ISBN: 978-3-643-10289-8

**INHALT:** In dem Aufsatz sollen Argumente für und gegen eine verstärkte Berücksichtigung von Eigenverantwortung im Gesundheitswesen gesammelt und kritisch beleuchtet werden. Dabei soll in erster Linie ihre Funktion als Distributionskriterium erörtert werden. Dass eigenverantwortliches, gesundheitsförderliches Verhalten die primären Ziele der Gesundheitsversorgung - Krankheit vermeiden, heilen und lindern - zu erreichen hilft, ist eines der augenscheinlichsten Argumente für mehr Eigenverantwortung in Medizin und Public Health. In diesem Beitrag geht es jedoch spezifisch um die Rechtfertigung für ihre Benutzung als einem Kriterium der Verteilung, und damit um eine gesundheitstheoretische Fragestellung. Zunächst werden die gerechtigkeitstheoretischen Grundannahmen, die mit dem Begriff der Eigenverantwortung verbunden sind, erörtert. Im zweiten Teil wird das Au-

genmerk auf die praktischen Probleme und Konsequenzen gerichtet, die sich bei einer konkreten Anwendung von Eigenverantwortung als einem Kriterium der Verteilung ergeben. Abschließend werden auf der Grundlage der vorherigen Ergebnisse drei Vorschläge zur Stärkung der Rolle der Eigenverantwortung von Patienten im deutschen Gesundheitswesen skizziert. (ICB2)

[240-CSA] Byrne, David; Blackman, Tim; Wistow, Jonathan:

**A Qualitative Comparative Analysis of factors associated with trends in narrowing health inequalities in England**, in: *Social Science & Medicine*, vol. 72, no. 12, pp. 1965-1974, 2011, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** This study explores why progress with tackling health inequalities has varied among a group of local authority areas in England that were set targets to narrow important health outcomes compared to national averages. It focuses on premature deaths from cancers and cardiovascular disease (CVD) and whether the local authority gap for these outcomes narrowed. Survey and secondary data were used to create dichotomised conditions describing each area. For cancers, ten conditions were found to be associated with whether or not narrowing occurred: presence/absence of a working culture of individual commitment and champions; spending on cancer programmes; aspirational or comfortable/complacent organisational cultures; deprivation; crime; assessments of strategic partnership working, commissioning and the public health workforce; frequency of progress reviews; and performance rating of the local Primary Care Trust (PCT). For CVD, six conditions were associated with whether or not narrowing occurred: a PCT budget closer or further away from target; assessments of primary care services, smoking cessation services and local leadership; presence/absence of a few major programmes; and population turnover. The method of Qualitative Comparative Analysis was used to find configurations of these conditions with either the narrowing or not narrowing outcomes. Narrowing cancer gaps were associated with three configurations in which individual commitment and champions was a necessary condition, and not narrowing was associated with a group of conditions that had in common a high level of bureaucratic-type work. Narrowing CVD gaps were associated with three configurations in which a high assessment of either primary care or smoking cessation services was a necessary condition, and not narrowing was associated with two configurations that both included an absence of major programmes. The article considers substantive and theoretical arguments for these configurations being causal and as pointing to ways of improving progress with tackling health inequalities. [Copyright Elsevier Ltd.]

[241-CSA] Carlisle, Sandra:

**Tackling health inequalities and social exclusion through partnership and community engagement? A reality check for policy and practice aspirations from a Social Inclusion Partnership in Scotland**, in: *Critical Public Health*, vol. 20, no. 1, pp. 117-127, 2010, ISSN: 0958-1596

**INHALT:** In the contemporary UK policy context, multisectoral partnership initiatives and community participation are increasingly viewed as appropriate mechanisms for tackling health and social disadvantage. Such initiatives are often put into practice in contexts of industrial and economic decline, fragmented neighbourhoods, hard-pressed public services, and sustained under-investment in voluntary and community sector organisations. This paper draws on ethnographic fieldwork in a Social Inclusion Partnership (SIP) in Scotland to suggest that policy-makers and public health practitioners need a better understanding of the difficulties involved in implementing partnership and participation initiatives in this kind of context. The East Kirkland SIP was set up to tackle social exclusion and health inequalities within the most deprived neighbourhoods of a Scottish town, yet community engagement remained elusive. Partnership proved to be risky territory for all involved, marked by rivalry and suspicion between SIP members, rather than co-operation, whilst health promotion and social inclusion priorities conflicted with those of community development and regeneration. In sum, this paper presents a reality check for some contemporary policy and practice aspirations. Adapted from the source document.

[242-L] Dahl, Espen; Fritzell, Johan; Lahelma, Eero; Martikainen, Pekka; Kunst, Anton; Mackenbach, Johan:

**Wohlfahrtsstaatssysteme und gesundheitliche Ungleichheiten**, in: Johannes Siegrist (Hrsg.) ; Michael Marmot (Hrsg.) ; Anja Kauß (Übersetzer) ; Simone Weyers (Übersetzer): Soziale Ungleichheit und Gesundheit : Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen: Huber, 2008, S. 245-280, ISBN: 978-3-456-84563-0 (Standort: UB Frankfurt am Main(30)-88/580/71)

**INHALT:** In den vergangenen zehn Jahren wurden mehrere Studien durchgeführt, um festzustellen, ob die nordischen Wohlfahrtsstaaten tatsächlich eine relativ schmale gesundheitliche Kluft zwischen benachteiligten Gruppen und anderen Teilen der Bevölkerung erreicht haben. Eine genauere Untersuchung und sorgfältige Interpretation der empirischen Befunde ist jedoch nach Ansicht der Autoren erforderlich, bevor man sich der Frage nähert, ob das nordische Wohlfahrtsstaatsmodell als Vorbild dafür gelten kann, wie gesundheitliche Ungleichheiten von der Organisationsform der Gesellschaft abhängen. Die Autoren nehmen zunächst eine Neubewertung der Gründe vor, welche erwarten lassen, dass manche Wohlfahrtsstaatssysteme, vor allem in den nordischen Ländern, Ungleichheiten bei der Bevölkerungsgesundheit verringern. Die Themen, Kerngedanken und Befunde der neueren Forschung zum Thema Wohlfahrtsstaat bewerten sie anschließend anhand folgender Fragen: (1) Welches sind die wichtigsten Merkmale verschiedener Wohlfahrtsstaatssysteme? Welche Aussagen bietet das Wohlfahrtsstaatssystemmodell von Esping-Andersen? (2) Welche sozialen Folgen erwartet man in Bezug auf diese verschiedenen Systeme und welche dieser Folgen sind empirisch erwiesen? (3) Welche Folgen sind hinsichtlich der gesundheitlichen Ungleichheiten zu erwarten? (ICI2)

[243-L] Davy, Ulrike:

**Soziale Gleichheit - ein Anliegen für Verfassungen?: zehn Thesen aus der Sicht der Rechtswissenschaft**, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 56/2010, H. 3, S. 295-318 (Standort: USB Köln(38)-Haa1648; Kopie über den Literaturdienst erhältlich)

**INHALT:** "Westlich geprägte Verfassungen verbürgen grundsätzlich keine soziale Gleichheit. Das gilt für die Ordnung des Grundgesetzes, für die europäische Verfassungsordnung und das universelle Völkerrecht. Bestimmte Ausprägungen sozialer Ungleichheit werden gleichwohl auf allen Ebenen als 'Rechtsproblem' thematisierbar. Die rechtlichen Ansatzpunkte und die Rigidität der staatlichen Verpflichtungen unterscheiden sich freilich beträchtlich. Unter dem Grundgesetz ist soziale Ungleichheit v.a. dann problematisch, wenn der Staat es 'evident' unterlässt, das Existenzminimum sicherzustellen. Das europäische Verfassungsrecht reduziert soziale Ungleichheit insbesondere durch eine konsequente Öffnung der Sozialleistungen für Arbeitskräfte aus anderen Mitgliedstaaten. Das universelle Völkerrecht begründet - immer noch etwas vorsichtig- Verantwortlichkeiten der reichen Staaten gegenüber armen Staaten." (Autorenreferat)

[244-CSA] Espey, Claire; Blacksher, Erika; Rigby, Elizabeth:

**Public Values, Health Inequality, and Alternative Notions of a 'Fair' Response**, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 35, no. 6, pp. 889-920, 2010, ISSN: 0361-6878

**INHALT:** The fact that disadvantaged people generally die younger and suffer more disease than those with more resources is gaining ground as a major policy concern in the United States. Yet we know little about how public values inform public opinion about policy interventions to address these disparities. This article presents findings from an exploratory study of the public's values and priorities as they relate to social inequalities in health. Forty-three subjects were presented with a scenario depicting health inequalities by social class and were given the opportunity to alter the distribution of health outcomes. Participants' responses fell into one of three distributive preferences: (1) prioritize the disadvantaged, (2) equalize health outcomes between advantaged and disadvantaged groups, and (3) equalize health resources between advantaged and disadvantaged groups. These equality preferences were reflected in participants' responses to a second, more complex scenario in which trade-offs with other health-related values -- maximizing health and prioritizing the sickest -- were introduced. In most cases, participants moderated their distributive preferences to accommodate these

other health goals, particularly to prioritize the allocation of resources to the very sick regardless of their socioeconomic status. Adapted from the source document.

[245-L] Frevel, Bernhard:

**Soziale Ungleichheit und Lebenschance**, in: Bernhard Frevel (Hrsg.): Staat und Gesellschaft : soziologische und politologische Grundlagen öffentlicher Verwaltung, Frankfurt am Main: Verl. für Verwaltungswiss., 2011, S. 45-66, ISBN: 978-3-942731-00-3

**INHALT:** Der Verfasser stellt Daten und Interpretationen zum Feld der sozialen Ungleichheiten vor und leitet die sich daraus ergebenden Anforderungen an staatlich- und kommunaladministratives Handeln ab. Er behandelt schichtspezifische Chancen und Risiken (Bildungschancen, Arbeitssituation, Kriminalität, Gesundheit) und neue soziale Ungleichheiten in Verbindung mit Lebensalter, Region, Lebensstil, Geschlecht und Nationalität. Der Staat und seine Administration stehen angesichts dieser vielfältigen Ungleichheiten in der Verantwortung, soziale Ungleichheiten zu bekämpfen und negative Wirkungen zu mindern. (ICE2)

[246-L] Geene, Raimund:

**Gesundheitsförderung und Prävention im bundesdeutschen Korporatismus: Ansätze und Hemmnisse einer sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung**, in: Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Diana Sahrai (Hrsg.) ; Peter-Ernst Schnabel (Hrsg.): Normativität und Public Health : vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2009, S. 301-321, ISBN: 978-3-531-15620-0

**INHALT:** Die normative politische Vorgabe, Gesundheitsförderung mit Blick auf die sozialen Lagen der Akteure umzusetzen, gerät durch neokorporatistische Strukturen einerseits und die Gesundheitsreform andererseits in ein Dilemma. Der allgemeine Auftrag der Ottawa-Charta, gesunde Lebenswelten zu schaffen, gerät in Widerspruch zum Versichertenprinzip der Kostenträger. Gerade vor dem Hintergrund des mehrfach gescheiterten Präventionsgesetzes haben sich hinter dem Rücken des Neokorporatismus aber eine Vielzahl von Netzwerken gebildet, die flexibel auf die gestiegene Sensibilität für soziale und gesundheitliche Ungleichheit reagieren können. Im Zuge dieser Vernetzung kleinerer Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und der Schwierigkeiten der klassischen Akteure des deutschen Korporatismus hat sich mit dem Kooperationsverbund für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten eine hybride Struktur aus beiden Akteurstypen entwickelt, die zum einen über eine Internetplattform eine Datenbank von Projekten mit Bezügen zur gesundheitlichen Ungleichheit zur Verfügung stellt und zum anderen durch die Netzwerkbildung eine sozioökonomisch orientierte Gesundheitsförderung nachhaltig stützt. Die Netzwerkbildung erscheint als ein für die Gesundheitsförderung und Prävention gangbarer Weg der Politikimplementation. (ICE2)

[247-L] Gerlinger, Thomas; Kümpers, Susanne; Lenhardt, Uwe; Wright, Michael T. (Hrsg.):

**Politik für Gesundheit: Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock**, (Gesundheitswissenschaften), Bern: Huber 2010, 407 S., ISBN: 978-3-456-84827-3

**INHALT:** "Die Gesundheit der Bevölkerung wird entscheidend von gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen beeinflusst. Diese Erkenntnis hat Rolf Rosenbrock, der am 1. Mai 2010 seinen 65. Geburtstag feiert, zum Dreh- und Angelpunkt seiner wissenschaftlichen und politischen Arbeit gemacht. Wie sonst nur wenige hat er Gesundheitswissenschaften und Public Health in Deutschland geprägt. Er hat substanzielle Beiträge zur Entwicklung dieser Disziplin seit den 1980er-Jahren geleistet, indem er wissenschaftliche und politische Themen setzte und entscheidende Impulse zur Schärfung ihres Profils gab. In diesem Band haben sich Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen sowie Weggefährten aus rund vier Jahrzehnten wissenschaftlichen und politischen Wirkens zusammengefunden, um Rolf Rosenbrock zu ehren. Der Band präsentiert Beiträge zu den Themenfeldern Public Health, Prävention, Krankenversorgung und Gesundheitspolitik." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Für Rolf Rosenbrock (9-13); Public Health: Horst Noack: Modernisierung und Gesundheit:

Chance in der Krise? (14-27); Raimund Geene: New Public Health zwischen "Sozialemanzipation" und "Sozialkompensatorik" (28-40); Holger Kilian, Fabian Engelmann: Auf dem Weg zu "Health in all Policies": Was kann die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung von der Umweltpolitik lernen? (41-52); Thomas Altgeld: Gender - kein Thema für den Mainstream der Public Health-Forschung? (53-64); Rainer Müller, Frauke Koppelin: Lebenslauf, Arbeit und Gesundheit (65-74); Doris Schaeffer, Martin Moers, Klaus Hurrelmann: Public Health und Pflegewissenschaft - zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren (75-92); Thomas Elkelles: Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung? Anmerkungen aus Sicht der Evaluationsforschung (93-103); Gesundheitspolitik: Rudolf Nickel: Keynes wiederentdecken und weiterentwickeln: Theoretiker des Kasinokapitalismus (104-111); Norbert Schmacke: Gesundheitsreform: Welche Logik zählt? (112-121); Hartmut Reiners: Die Enquete-Kommission zur GKV-Reform: Masterplan für die Gesundheitspolitik (122-130); Jens-Uwe Niehoff: Warum und wieso ist Gesundheitspolitik ein Thema für Wissenschaft? (131-142); Jens Holst: Moral Hazard - Über die Irrelevanz eines theoretischen Konzepts für die Praxis des Gesundheitswesens (143-153); Bernard Braun: Mythos "Jobmotor Gesundheitswesen"!? (154-164); Daniel Rühmkorf: Die hausärztliche Versorgung als Spielball der Politik (165-175); Jörg Schaaber: Arzneimittel um jeden Preis? Ein Exkurs über die Macht der Pharmaindustrie (176-188); Heiko Waller: Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere (189-199); Alf Trojan: Patientenselbsthilfe als Akteur in der Gestaltung und Verbesserung des Gesundheitswesens (200-210); Prävention: Andrea Fischer, Stefan Etgeton: Prävention und ihre Grenzen (211-222); Bettina Schmidt, Dieter Ahrens: Die Gesundheitsförderung frisst ihre Klienten (223-233); Volker Wanek: Stärkung der Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe (234-245); Hans-Jürgen Urban: Kampf um Gesundheit. Settingbasierte Prävention und gute Arbeit im Finanzmarkt-Kapitalismus (246-260); Bernhard Badura: Sozialkapital und Gesundheit: Voraussetzungen erfolgreicher Unternehmensführung (261-267); Michael Drupp: Betriebliches Gesundheitsmanagement durch die GKV - Möglichkeiten und Grenzen ihrer sozialpolitischen Instrumentalfunktion (268-279); Wolfhard Kohte: Betriebsärzte zwischen Reduktion, Prävention und Integration (280-290); Michael Bochow: Safer Sex: Der lange Weg einer kurzen Formel (291-301); Gesine Bär: Krankenkassen als Partner der Kommunen bei der gesundheitsfördernden Stadt(teil)entwicklung (302-315); Gerd Glaeske: Prävention mit Arzneimitteln. Medikamentöse Behandlung zur Verhütung von Krankheiten? (316-325); Krankenversorgung: Wolf-Dieter Narr: Die verlorene Integrität. Patientenerfahrung und sozialwissenschaftliche Reflexionen gegenwärtiger Medizin und Gesundheitspolitik: 15 Schnappschüsse (326-339); Heinz-Harald Abholz: Public Health, evidenzbasierte Medizin und Prävention als Bedrohung des Individuums in der Medizin (340-351); Hans-Ulrich Deppe: Zur Kommerzialisierung der Arzt-Patient-Beziehung (352-364); Sebastian Klinke: Elemente eines ordnungspolitischen Wandels - Auswirkungen auf das ärztliche und pflegerische berufliche Selbstverständnis (365-376); Anja Dieterich: "Setting", "Zielgruppe" und "Partizipation" - Good Practice-Kriterien auch für die Krankenversorgung? (377-388); Jürgen M. Pelikan: Das Was, Warum und Wie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses als Beitrag zur Neuorientierung der Gesundheitsdienste (389-401).

[248-L] Gerlinger, Thomas:

**Gesundheitspolitik und die Frage der sozialen Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung**, in: Karin Tiesmeyer (Hrsg.) ; Michaela Brause (Hrsg.) ; Meike Lierse (Hrsg.) ; Martina Lukas-Nülle (Hrsg.) ; Thomas Hehlmann (Hrsg.): Der blinde Fleck : Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung: Huber, 2008, S. 39-52, ISBN: 978-3-456-84493-0 (Standort: UB Siegen(467)-31/ORZ/2790)

**INHALT:** Der Beitrag setzt sich mit der Frage auseinander, ob und in wie weit die Gesundheitspolitik soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung verstärkt. Die Privatisierung von Krankheitskosten durch erhöhte Zuzahlungen, informelle Leistungsverweigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bei einer wachsenden Kluft zwischen beiden Systemen haben, so konstatiert der Verfasser, die sozialen und die räumlich-zeitlichen Barrieren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für Teile der Bevölkerung erhöht. Die soziale Ungleichheit von Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung hat sich somit verstärkt. Ob dies auch den sozialen Gradienten in der gesundheitlichen Versorgung erhöht hat, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht ablesen, erscheint aber als plausibel. (ICE2)

[249-L] Graham, Hilary:

**Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 455-479, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Vor dem Hintergrund eines Einblicks in die international vergleichender Perspektive relativiert die Verfasserin den deutschen Bezugsrahmen. Mit dem Blick auf unterschiedliche Gesundheitspolitiken in Nordirland, Wales, Schottland, England, den USA, Neuseeland, Schweden oder Dänemark fällt auf, wie groß der Vorsprung anderer Länder ist, wenn es um die Problematik gesundheitlicher Ungleichheiten geht. Die Autorin bietet in der Vergleichsperspektive auch positive Anknüpfungspunkte. Sie macht deutlich, welche Fehler nicht noch einmal begangen werden müssen, wenn wie in Deutschland jetzt eine Art nachholende Entwicklung in der Gesundheitspolitik einsetzt. Sie zeigt, dass erhebliche Unterschiede in Anlage und Durchführung unterschiedlicher Gesundheitspolitiken bestehen, je nachdem, ob das Ziel der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten vorrangig dadurch erreicht werden soll, die Situation armer Gruppen zu verbessern oder, indem die Abstände zwischen allen Gruppen einer Gesellschaft - also der soziale Gradient gesundheitlicher Lebenschancen - verringert werden soll. Die Verfasserin verdeutlicht, was sich in den deutschen politischen Diskussion erst allmählich beginnt niederzuschlagen: Die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten kann nach allen bisherigen Erfahrungen weder in der einen noch in der anderen Variante ohne die Verringerung allgemeiner gesellschaftlicher Verteilungsungleichheiten tragfähige Erfolge vorweisen. (ICF2)

[250-L] Hensen, Gregor; Hensen, Peter (Hrsg.):

**Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit**, (Gesundheit und Gesellschaft), Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2008, 363 S., ISBN: 978-3-531-15286-8

**INHALT:** "Das deutsche Gesundheitswesen und seine Leistungen unterliegen sozialpolitischen Strömungen. Der vorliegende Sammelband bietet eine kritische Annäherung an die Frage der sozialstaatlichen Einbettung des Gesundheitswesens. Dabei werden nach einer Standortbestimmung gesundheitspolitischer Zielsetzungen und sozialstaatlicher Rahmenbedingungen, strukturelle Möglichkeiten, Instrumente und Auswirkungen von Reformbemühungen vor dem Hintergrund eines sozialstaatlichen Wandels behandelt und bewertet. Zusätzlich werden Auswirkungen der Modernisierungspolitik auf die Folgen individueller Lebensentwürfe und gesellschaftlicher Teilhabechancen erörtert." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Gregor Hensen, Peter Hensen: Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeiten (13-40); Ferdinand Rau: Der Sozialstaat: Prinzipien, Konstituenten und Aufgaben im Gesundheitsbereich (41-60); Sebastian Klinke: Gesundheitsreformen und ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitswesen (61-106); Felix Tretter: Gesundheitsökonomie zwischen Politik und Wissenschaft. Gestaltungsansprüche und Erkenntnisdefizite (107-140); Ullrich Bauer: Polarisierung und Entsolidarisierung. Ansätze zu einem Impact Assessment der Ökonomisierung im Gesundheitswesen (141-164); Peter Hensen: Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen. Der lange Weg zur Leistungstransparenz und Nutzerkompetenz (165-194); Peter Franzkowiak: Prävention im Gesundheitswesen. Systematik, Ziele, Handlungsfelder und die Position der Sozialen Arbeit (195-222); Thomas Lampert, Lars Eric Kroll: Gesundheitliche Ungleichheit als Herausforderung für den Sozialstaat (223-238); Uwe H. Bittlingmayer: Blaming, Producing und Activating the Victim. Materialistisch inspirierte Anmerkungen zu verdrängten Dimensionen sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheit (239-258); Gregor Hensen: Gesundheitsbezogene Einflüsse im Sozialisationsprozess und riskante Identitäten (259-286); Ulla Walter, Nils Schneider: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Realität und professionelle Anforderungen (287-300); Hans Günther Homfeldt, Sandra Steigleder: Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit zwischen Anspruch und Wirklichkeit (301-318); Gregor Hensen: Pädagogische Handlungsansätze der Gesundheitsförderung. Gesundheitspädagogik als individualisierte Bildungsanforderung (319-332); Gerhard Meinlschmidt: Lebenslagenorientierte Gesundheitsförderung im Sozialraum in Berlin. Zielorientierte, vernetzte Strukturen für die Gesundheitsförderung und Prävention (333-348).



[251-L] Holze, Sigrun:

**Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung: Auswirkungen gesundheitspolitischer Reformmaßnahmen**, in: Jochen Ernst (Hrsg.) ; Heide Götze (Hrsg.): Sozialmedizinische und gesundheitliche Auswirkungen besonderer Lebensumstände, Berlin: Leipziger Univ.-Verl., 2008, S. 137-150, ISBN: 978-3-86583-231-3

**INHALT:** Die Gesundheitspolitik hat im Rahmen zahlreicher Reformschritte eine Reihe von Instrumenten geschaffen, durch die verhaltenssteuernde Anreize für die Versicherten auf die Gesundheitsversorgung übertragen wurden. Hierzu zählen unter anderem Zuzahlungen bei Arzneimitteln und medizinischen Dienstleistungen sowie Wahltarife in der Versorgung und Versicherung. Sie verfolgen das Ziel, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, ihr Gesundheits- und Krankheitsbewusstsein zu erhöhen sowie eine unterstellte "Übersorgung" und "missbräuchliche Inanspruchnahme" abzubauen. Neben der Frage nach dem tatsächlichen effizienzsteigernden Beitrag dieser Instrumente steht auch zur Diskussion, wie diese die soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Die Autorin erörtert diese Frage, indem sie sich kritisch mit dem Gesundheitssystem als Institution gesundheitlicher Versorgung, mit der Situation des Patienten im Spannungsfeld gesundheitspolitischer Reformen und mit den Privatisierungstendenzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auseinandersetzt. (ICI2)

[252-CSA] Hunter, David J.; Exworthy, Mark:

**The Challenge of Joined-Up Government in Tackling Health Inequalities**, in: International Journal of Public Administration, vol. 34, no. 4, pp. 201-212, 2011, ISSN: 0190-0692

**INHALT:** Joined-up government (JUG) has been a notable feature of many national governments, not least the UK Labour government (1997 onwards) with its emphasis on welfare modernisation, tackling engrained social problems, and evidence-based policy. This article focuses on the ways in which JUG has been implemented in England although we draw comparisons with the different approaches in Wales and Scotland, as devolution has provided an interesting natural experiment. Certainly during its early years in power, the Labour government regarded JUG as a critical mechanism to achieve its goal of narrowing the 'health gap' between different social groups since the requisite policy response is, by general agreement, inter-sectoral and cross-governmental. Responsibility for tackling the health gap does not reside within one policy sector or department but rather is a total or whole government issue. This article reviews previous efforts to promote JUG in the area of health inequalities, examines the factors which have shaped JUG over the past 13 years or so, and evaluates its implementation. Although JUG has helped keep health inequalities on the policy agenda, the evidence from newly introduced structures and processes (such as targets and cross-departmental units and committees) suggests that JUG remains poorly integrated within the government machinery. Many of the basic dilemmas of JUG thus continue to apply to policies aimed at tackling health inequalities. The article draws conclusions about the impact of JUG in recent years and the likelihood of reducing health inequalities. A new approach to governance in respect of 'wicked problems' (such as health inequalities) is called for. Adapted from the source document.

[253-L] Hurrelmann, Klaus; Rathmann, Katharina; Richter, Matthias:

**Health inequalities and welfare state regimes: a research note**, in: Journal of public health : Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 19/2011, No. 1, S. 3-13  
(dx.doi.org/10.1007/s10389-010-0359-1;nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-216295)

**INHALT:** "Aim: Comparative research on health and health inequalities has recently begun implementing a welfare regime perspective. The aim of the study was to review the existing evidence for identifying the determinants of health and health inequalities in highly developed welfare states and to develop a theoretical model for future research approaches. Subject: A welfare state regime typology is applied to comparatively analyze (1) the relationship between the level of economic prosperity in a society and its respective level of overall population health and (2) the nature of the corresponding relationship between economic inequalities and health inequalities in different groups of countries. Results: Although the Social Democratic welfare states have a relatively equal distribution of materi-

al wealth as well as the highest levels of population health, they are not characterized by the smallest levels of health inequality. Rather, with respect to health equality, conservative countries seem to perform better than social democracies. The authors propose a comprehensive theoretical model that takes into account different factors on the structural (macro), organizational (meso) and individual (micro) level in order to contribute to a better understanding of this important challenge for public health policy and practice. Conclusion: Future research will require an appropriate theoretical model with the potential to explain health and health inequalities in different types of welfare states. On the basis of this model, future research should test the hypothesis that in highly developed countries not only economic, but also social, cultural and lifestyle factors are important in determining health outcomes in different segments of the population." (author's abstract)

[254-L] Kilian, Holger; Engelmann, Fabian:

**Auf dem Weg zu "Health in all Policies": Was kann die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung von der Umweltpolitik lernen?**, in: Rolf Rosenbrock (Adressat) ; Thomas Gerlinger (Hrsg.) ; Susanne Kämpers (Hrsg.) ; Uwe Lenhardt (Hrsg.) ; Michael T. Wright (Hrsg.): Politik für Gesundheit : Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock: Huber, 2010, S. 41-52, ISBN: 978-3-456-84827-3

**INHALT:** Abhängig von der sozialen Lage ist die "Ressource Gesundheit" in Deutschland ungleich verteilt. Die wesentlichen Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung liegen dabei außerhalb der kurativ oder rehabilitativ ausgerichteten Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung. Die "Öffentliche Gesundheit" ist das Ergebnis komplexer Wechselwirkungen von Einflussfaktoren (Determinanten) auf unterschiedlichen Ebenen, die nur zu einem kleinen Teil durch gesundheitspolitische Maßnahmen beeinflusst werden (können). Ein Themenfeld, in dem die Einsicht in die Verschränkung der Ebenen Individuum/ Lebenswelt/Gesamtpolitik bereits weiter fortgeschritten ist, ist der Umweltbereich. Die vorliegende vergleichende Betrachtung der Politikfelder Umwelt- und Gesundheits(förderungs)-Politik zeigt, dass und warum das Umweltthema leichter in seiner individuellen und gesellschaftlichen Relevanz darstellbar ist, sich besser medial inszenieren lässt und auch politisch leichter handelbar ist als die Bedingungsbeziehungen und Auswirkungen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. Einige der Implikationen werden erörtert, was dieser Befund für das Ziel bedeutet, gesundheitliche Chancengleichheit im Sinne einer Leitstrategie "Health in all Policies" zu verfolgen. (ICA2)

[255-L] König, Thomas:

**Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit: Überlegungen zu einer gesundheitszentrierten Gesundheitspolitik**, (Schriften zur politischen Theorie, Bd. 11), Hamburg: Kovac 2011, 297 S., ISBN: 978-3-8300-5560-0

**INHALT:** "Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag zur gesundheitspolitischen Reformdebatte in Deutschland, bietet allerdings keine vorgefertigten Lösungen für das deutsche Gesundheitswesen an. Vielmehr ist ausgehend vom Gut der Gesundheit eine Klärung der grundlegenden Beziehungen zwischen Gesundheit, Gesundheitspolitik und sozialer Gerechtigkeit das Ziel. Die Gesundheit von Menschen ist eine wichtige Grundlage für politisches Handeln. Wissenschaftliche Politik ist daher gut beraten Gesundheit als Gut ernst zu nehmen und sich mit ihr auch in diesem Wissenschaftsgebiet auseinanderzusetzen." (Autorenreferat)

[256-L] Kämpers, Susanne; Rosenbrock, Rolf:

**Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen**, in: Gerhard Naegele (Hrsg.) ; Britta Bertermann (Mitarb.): Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2010, S. 281-308, ISBN: 978-3-531-16410-6

**INHALT:** "Die Autoren befassen sich mit Gesundheitspolitik als Lebenslaufpolitik. In Anbetracht der demografischen Entwicklung und des damit zusammenhängenden Drucks auf die sozialen Sicherungssysteme plädieren sie für eine Gesundheitspolitik, die zum einen auf den Lebenslauf jeweils

strategisch einbeziehende Präventionsstrategien basiert, und zum anderen auf solche gesundheitlichen Versorgungskonzepte zielt, die auf die spezielle Morbiditätsstruktur älterer Menschen einschließlich der damit verbundenen komplexen gesundheitlichen Versorgungsbedarfe jenseits der rein medizinischen ausgerichtet sind. Eine zentrale Begründung für den Lebenslaufbezug auch in der Gesundheitspolitik liegt in der empirischen Evidenz von lebenslaufbedingten gesundheitlichen Einschränkungen und deren vielfacher Überlagerung durch soziale Ungleichheiten, die sich im Lebenslauf kumulieren. Ein Ziel ist daher, gesundheitliche soziale Ungleichheit (auch) im Alter zu begrenzen bzw. zu vermeiden." (Autorenreferat)

[257-L] Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric:

**Gesundheitliche Ungleichheit als Herausforderung für den Sozialstaat**, in: Gregor Hensen (Hrsg.) ; Peter Hensen (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat : Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 223-238, ISBN: 978-3-531-15286-8

**INHALT:** Der Beitrag geht der Frage nach, welche sozialstaatlichen Herausforderungen sich durch die gesundheitliche Ungleichheit ergeben und inwieweit sich diese in politischen Strategien und Programmen niedergeschlagen haben. Ausgangspunkt der Diskussion ist eine Darstellung der aktuellen Forschungs- und Erkenntnisstandes zu Ausmaß, Erscheinungsformen und Entwicklungstrends der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland für den Zeitraum 1990 bis 2006. Als zentrale Aufgabe für den Sozialstaat erscheint die Bekämpfung von Einkommensarmut, und zwar durch folgende Maßnahmen bzw. Eingriffe: (1) berufliche Integration von benachteiligten Gruppen, (2) die Verbesserung der Arbeitsbedingungen insbesondere für statusniedrige Berufsgruppen, (3) Investitionen in die Bildung, (4) eine verstärkte Familienpolitik, (5) Innovationen in der Wohnungsbaupolitik und der Stadtplanung, (6) Verbesserung der Versorgungsgerechtigkeit sowie (7) die Prävention der Gesundheitsförderung. Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine nachhaltige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit nur durch ein breites Spektrum aufeinander abgestimmter politischer Maßnahmen zu erreichen ist. (ICG2)

[258-L] Lenthe, Frank van:

**Aggregierte Deprivation und ihre Folgen für die Gesundheit**, in: Johannes Siegrist (Hrsg.) ; Michael Marmot (Hrsg.) ; Anja Kauß (Übersetzer) ; Simone Weyers (Übersetzer): Soziale Ungleichheit und Gesundheit : Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen: Huber, 2008, S. 213-243, ISBN: 978-3-456-84563-0 (Standort: UB Frankfurt am Main(30)-88/580/71)

**INHALT:** In verschiedenen empirischen Untersuchungen in den USA konnte gezeigt werden, dass erstens die Merkmale des Wohnortes den Gesundheitszustand bestimmter Bevölkerungsgruppen beeinflussen, wobei diese Merkmale besonders ungünstig bei Bewohnern ausgeprägt sind, die einer niedrigen sozialen Schicht angehören. Somit können Merkmale des Wohnbezirks die sozioökonomisch bedingten Gesundheitsunterschiede zumindest teilweise erklären. Da gute bzw. schlechte Gesundheit in den Wohnbezirken mit den entsprechenden sozioökonomischen Merkmalen jeweils gehäuft vorkommt, kann der Wohnbezirk zweitens einen Ansatzpunkt für gesundheitsfördernde Interventionen bieten. Ein solcher Ansatz, der Merkmale des Wohnbezirks einbezieht, um zu einem besseren Verständnis sozial ungleicher Gesundheitschancen zu gelangen und entsprechende Interventionen zu entwickeln, erfordert jedoch grundlegende Erkenntnisse über die Mechanismen, die den genannten statistischen Zusammenhängen zugrunde liegen. Es ist daher Ziel des vorliegenden Aufsatzes, zu diesem Erkenntnisfortschritt durch international vergleichende Analysen der unterschiedlichen Ausprägung von Zusammenhängen zwischen sozioökonomischen Wohngebietsmerkmalen, den Indikatoren aggregierter Deprivation und Gesundheit beizutragen. Darüber hinaus werden konzeptionelle und methodische Probleme erörtert, die einem besseren Verständnis dieser Zusammenhänge im Wege stehen. Abschließend werden gesundheitspolitische Implikationen der aggregierten Deprivation aufgezeigt. (ICI2)

[259-CSA] Lie, Marit; Dahl, Espen:

**Policies to Tackle Health Inequalities in Norway: From Laggard to Pioneer?**, in: International Journal of Health Services, vol. 39, no. 3, 2009, ISSN: 0020-7314

**INHALT:** This study addresses recent public health policies in Norway, asking how policies on health inequalities have developed over the past 20 years. The authors focus on how the problem has been defined, what goals have been set, and what means have been put forward to achieve them. The data consist of official documents and interviews of key actors in research and the health bureaucracy. The results indicate that the theme of health inequalities has developed from a non-topic to a high-priority topic in Norway's public health policy. This change has been accompanied by formulation of clear goals and an overarching and long-term strategy, including concrete means to reduce health inequalities. Over the past five years, the problem definition has changed from one of individualization with a focus on health behaviors to a structural understanding that emphasizes the problem of the gradient and social determinants of health. Norway is on the move from a state of political indifference toward action in developing comprehensive, coordinating policy. Adapted from the source document.

[260-L] Mielck, Andreas:

**Welche sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand sind 'ungerecht'? Plädoyer für eine stärkere Reflexion der Zielsetzung 'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit'**, in: Daniel Strech (Hrsg.) ; Georg Marckmann (Hrsg.): Public Health Ethik, Hamburg: Lit Verl., 2010, S. 79-96, ISBN: 978-3-643-10289-8

**INHALT:** Der Beitrag betrachtet die Unterschiede im Gesundheitszustand nach (vertikalen) sozialen Merkmalen. Zunächst wird der Stand der wissenschaftlichen Diskussion über die Unterschiede im Gesundheitszustand nach sozialen Faktoren wie Bildung, Einkommen und Beruf skizziert. Dieser Abschnitt gliedert sich in drei Teile: Ausmaß der Unterschiede, Erklärungsansätze, Ableitung von Interventions-Maßnahmen. Danach geht es um die Frage, wie die Zielsetzung "Verringerung der Unterschiede" in den letzten Jahren politisch umgesetzt wurde. Hier wird auch auf die Vorschläge und Erfahrungen aus anderen westeuropäischen Staaten eingegangen. Im dritten Abschnitt wird der Bedarf an stärkerer ethischer Reflexion dieser Debatten betont. Den Abschluss bildet ein kurzer Ausblick. (ICB2)

[261-L] Mielck, Andreas:

**Konzepte sozialer Gerechtigkeit im Kontext nachhaltiger Gesundheitsförderung**, in: Eberhard Göpel (Hrsg.): Nachhaltige Gesundheitsförderung : Gesundheit gemeinsam gestalten. Bd. 4, Frankfurt am Main: Mabuse Verl., 2010, S. 110-124, ISBN: 978-3-940529-84-8

**INHALT:** Die sozialepidemiologischen Arbeiten konzentrieren sich zumeist auf die reine Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit. Weitergehende ethische Fragen wie "Was wäre sozial gerecht?" oder "Wer ist für welchen Teil des Problems verantwortlich?" werden nach Meinung des Autors dabei kaum berücksichtigt. Es gibt zwar eine eigenständige, umfassende gesundheitsethische Diskussion, aber sie wird von den Sozialepidemiologen bisher offenbar kaum zur Kenntnis genommen. Ein Diskurs zwischen den Beteiligten ist jedoch nur dann fruchtbar und effektiv zu gestalten, wenn sich alle an gemeinsamen Normen und Werten orientieren können. Eine stärkere Integration ethischer Fragestellungen ist daher unabdingbar. Im vorliegenden Aufsatz werden zunächst einige zentrale Ansätze zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit vorgestellt. Anschließend wird kurz auf die mögliche Integration ethischer Gesichtspunkte eingegangen. In einem Ausblick wird die Frage diskutiert, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit die Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit nachhaltig sind. (ICI2)

[262-CSA] Muntaner, Carles; Benach, Joan; Malmusi, Davide; Yasui, Yutaka; Martinez, Jose Miguel: **Beyond Rose's Strategies: A Typology of Scenarios of Policy Impact on Population Health and Health Inequalities**, in: International Journal of Health Services, vol. 41, no. 1, pp. 1-9, 2011, ISSN: 0020-7314

**INHALT:** There is growing interest and debate in the area of policy strategies to tackle health inequalities, as well as the impact of health policies and non-health-sector policies on the health of populations. Geoffrey Rose's milestone idea of a population strategy to 'shift the curve' has provided key insights for both research and policy on social determinants of health. However, changes that occur both in the overall shift and in the shape of the curve (i.e., in inequality) should also be considered. This article presents a classification of policies and interventions based on all possible outcome scenarios of changes in population health and health inequalities, with examples of real policies. Adapted from the source document.

[263-L] Rauprich, Oliver:

**Gesundheitliche Ungleichheiten als Problem der sozialen Gerechtigkeit**, in: Daniel Strech (Hrsg.) ; Georg Marckmann (Hrsg.): Public Health Ethik, Hamburg: Lit Verl., 2010, S. 97-128, ISBN: 978-3-643-10289-8

**INHALT:** Der Beitrag referiert zunächst einige grundlegende empirische Befunde zu den gesundheitlichen Ungleichheiten und skizziert die Agenda der Gesundheitsgerechtigkeit, die sich als Reaktion auf die Befunde im politischen Bereich herausgebildet hat. Daran anschließend wird die Problematik aus ethischer Perspektive beleuchtet. Es zeigt sich, dass die Forderung nach einem Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten nicht analog zum ethischen Anspruch auf Gesundheitsversorgung begründet werden kann. Wie eine Reihe von Beispielen verdeutlicht, erscheinen nicht alle gesundheitlichen Ungleichheiten gleichermaßen oder überhaupt ungerecht, sondern es kommt vielfach darauf an, auf welchen Ursachen sie beruhen. Zur systematischen Untersuchung werden zwei einflussreiche Ansätze vorgestellt und diskutiert: Margaret Whiteheads Konzeption von vermeidbaren und nicht selbst verschuldeten Ungleichheiten sowie Norman Daniels' Theorie der gerechten Gesundheit als faire Gleichheit der Lebensmöglichkeiten. Beide Ansätze bieten tiefere Einsichten in die Problematik, sind jedoch nicht hinreichend ausgearbeitet, um eine konkrete Bestimmung der gebotenen gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen anleiten zu können. Es zeigt sich, dass die vordergründig klare Intuition, gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Bevölkerungsgruppen seien ungerecht, komplexe Fragen der sozialen Gerechtigkeit aufwirft. (ICB2)

[264-L] Rid, Annette:

**Faire Allokationsprozesse: zum Verhältnis von substanzieller und prozeduraler Gerechtigkeit in Norman Daniels' Just Health**, in: Daniel Strech (Hrsg.) ; Georg Marckmann (Hrsg.): Public Health Ethik, Hamburg: Lit Verl., 2010, S. 155-170, ISBN: 978-3-643-10289-8

**INHALT:** Die gerechte Verteilung von knappen Mitteln für die Gesundheitsversorgung stellt nicht nur eine theoretische Herausforderung dar. In der Praxis müssen Allokationsentscheidungen auch dann getroffen werden, wenn vernünftige Personen uneinig sind, welche Entscheidungen in spezifischen Situationen ethisch vertretbar sind. Der amerikanische Philosoph Norman Daniels ist einer der wenigen Autoren, der die theoretischen und praktischen Herausforderungen der Gesundheitsgerechtigkeit in einem einheitlichen Ansatz zu lösen versucht. "Faire Chancengleichheit" ist der zentrale inhaltliche Begriff in Daniels Theorie der Gesundheitsgerechtigkeit. Dem gegenüber ist sein prozeduraler Ansatz einer "Verantwortlichkeit für Vernünftigkeit" inhaltlich durch die Idee so genannter relevanter Gründe eingegrenzt. Aber in welchem Verhältnis stehen die inhaltlichen Kriterien faire Chancengleichheit und relevante Gründe? Wie genau führt "Verantwortlichkeit für Vernünftigkeit" zu fairen Allokationsentscheidungen? Die Autorin widmet sich diesen Fragen und stellt die These auf, dass "Verantwortlichkeit für Vernünftigkeit" kein klassisches Modell einer rein-prozeduralen Gerechtigkeit darstellt, sondern eine eigene Form von eingeschränkt rein-prozeduraler Gerechtigkeit begründet. Um zu dieser Aussage zu gelangen, werden verschiedene Modelle prozeduraler Gerechtigkeit systematisch diskutiert. (ICB2)

[265-L] Schnabel, Peter-Ernst; Bittlingmayer, Uwe H.; Sahrai, Diana:

**Normativität und Public Health: einleitende Bemerkungen in problempräziserer und sensibilisierender Absicht**, in: Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Diana Sahrai (Hrsg.) ; Peter-Ernst Schnabel (Hrsg.): Normativität und Public Health : vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2009, S. 11-43, ISBN: 978-3-531-15620-0

**INHALT:** Public Health bezeichnet ein eigenes theoretisches Grundkonzept mit starken normativen Inhalten, eine interdisziplinäre Wissenschaft und gleichzeitig eine Praxiswissenschaft. Die Verfasser belegen anhand von Beispielen die normative Verankerung von Public Health an den Schnittstellen sozialer Ungleichheit, Ökonomie, Politik und der eigenen Beratungspraxis. Bei normativen Setzungen handelt es sich nicht um eine vom Standpunkt wissenschaftlicher Berufsethik her gesehene Abweichung von der Norm, sondern um eine Normalität jedweder Erkenntnisleistung, die auf Realitätsaneignung zielt. Vor diesem Hintergrund behandeln die Beiträge des Sammelbandes, den dieser Aufsatz einleitet, Prävention und Gesundheitsförderung, Normativität und Public Health aus interdisziplinärer Sicht, Normativität in den Konzepten von Public Health (Sozialkapital, Setting, Vernetzung) und Normativität in der Praxis von Public Health (Interventionen, Evaluationen). (ICE2)

[266-L] Strech, Daniel; Marckmann, Georg (Hrsg.):

**Public Health Ethik**, (Ethik im Gesundheitswesen: HealthCareEthics, Bd. 1), Berlin: Lit Verl. 2010, 256 S., ISBN: 978-3-643-10289-8

**INHALT:** "Die Public-Health-Ethik befindet sich im deutschsprachigen Raum weiterhin im Aufbau. Der vorliegende Sammelband soll es den Lesern erleichtern, eine höhere Sensibilität für ethische Fragestellungen im Bereich von Public Health zu entwickeln und eigene Positionen kritisch zu reflektieren. Die Beiträge behandeln zum einen konzeptionelle Grundlagen und Umsetzungsfragen von Public Health und Public-Health-Ethik. Zum anderen analysieren sie konkrete ethische Probleme aus den Themenbereichen gesundheitliche Ungleichheit und Impfprogramme." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Irene Hirschberg, Daniel Strech: Public Health: Eine Einführung zur Theorie und Praxis der Disziplin (15-42); Georg Marckmann, Daniel Strech: Konzeptionelle Grundlagen einer Public Health Ethik (43-66); Norbert Paul, Anika Mitzkat, Antonia Zober: Public Health und das biomedizinische Ideal der Prädiktion (67-78); Andreas Mielck: Welche sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand sind 'ungerecht'?(79-96); Oliver Rauprich: Gesundheitliche Ungleichheiten als Problem der sozialen Gerechtigkeit (97-128); Alena Buyx: Eigenverantwortung als Kriterium der Prioritätensetzung in Medizinsystem und Public Health (129-154); Annette Rid: Faire Allokationsprozesse: zum Verhältnis von substanzieller und prozeduraler Gerechtigkeit in Norman Daniels' Just Health (155-172); Georg Marckmann: Impfprogramme: Ethische Fragen (173-190); Ezekiel Emanuel, Alan Wertheimer: Who Should Get Influenza Vaccine When Not All Can?(191-196); Georg Marckmann, Sabine Wicker: Influenza-Impfung für Gesundheitspersonal: Welche Einflussnahme ist ethisch vertretbar? (197-210); Marion Danis, Donald Patrick: Health Policy, Vulnerability, and Vulnerable Populations(211-236); Stefan Huster: Möglichkeiten und Grenzen rechtlicher Regulierung zur Durchsetzung von Public Health-Maßnahmen (237-254).

[267-CSA] Swint, J Michael; Murty, Sharanya; Franzini, Luisa; Low, M David:

**Policies/Programs for Reducing Health Inequalities by Tackling Nonmedical Determinants of Health in the United Kingdom**, in: Social Science Quarterly, vol. 90, no. 5, pp. 1403-1422, 2009, ISSN: 0038-4941

**INHALT:** Objective. To conduct a review of the policies and programs targeting the nonmedical determinants of health inequalities implemented at a national level in the United Kingdom. Methods. Two U.K. Department of Health reports were used to identify policies/programs that were solely targeted toward alleviating the nonmedical causes of health inequalities. A review of gray literature was conducted to obtain detailed information about each policy/program. Results. Several national-level policies and large-scale programs directed toward nonmedical determinants of health, primarily poverty, unemployment, lifecourse, housing and environment, and social exclusion, have been implemented in the United Kingdom. Several of these policies/programs have been shown to successfully improve

population health status in national evaluations. Conclusions. In the United States, there is currently an impetus to investigate health disparities and to provide recommendations for future policy action. This review can inform the national debate and provide guidelines to develop policy recommendations. Adapted from the source document.

[268-CSA] Tehranifar, Parisa; Phelan, Jo C.; Link, Bruce G.:

**Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications**, in: Journal of Health and Social Behavior, vol. 51, pp. S28-S40, 2010, ISSN: 0022-1465

**INHALT:** Link and Phelan (1995) developed the theory of fundamental causes to explain why the association between socioeconomic status (SES) and mortality has persisted despite radical changes in the diseases and risk factors that are presumed to explain it. They proposed that the enduring association results because SES embodies an array of resources, such as money, knowledge, prestige, power, and beneficial social connections that protect health no matter what mechanisms are relevant at any given time. In this article, we explicate the theory, review key findings, discuss refinements and limits to the theory, and discuss implications for health policies that might reduce health inequalities. We advocate policies that encourage medical and other health-promoting advances while at the same time breaking or weakening the link between these advances and socioeconomic resources. This can be accomplished either by reducing disparities in socioeconomic resources themselves or by developing interventions that, by their nature, are more equally distributed across SES groups. Adapted from the source document.

[269-L] Tonoyan, Tamara; Sauer, Michael; Schulz-Nieswandt, Frank:

**Growth, inequality, poverty and pro-poor health policy**, (Gesundheitsökonomie, Bd. 7), Berlin: Lit Verl. 2010, XI, 129 S., ISBN: 978-3-643-10412-0

**INHALT:** "Improving health is a key concern of all societies, a crucial aspect for individuals but at the same time, it can contribute to higher economic growth and welfare. Thus health care has always been a complicated policy issue and cannot be separated from other issues that impinge on health such as growth, inequality, poverty etc. With a special reference to the Republic of Armenia, the book discusses the problem of achieving and sustaining redistributive health care in the context of inequality and low incomes and presents the pro-poor aspects of health policies in most important aspects." (author's abstract)

[270-L] Torp, Cornelius:

**Gerechtigkeitsprinzipien in der Konstruktion sozialer Sicherung**, in: Hans Günter Hockerts (Hrsg.) ; Winfried Süß (Hrsg.): Soziale Ungleichheit im Sozialstaat : die Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien im Vergleich, Wien: Oldenbourg, 2010, S. 117-137, ISBN: 978-3-486-59176-7

**INHALT:** Der Beitrag zum britischen und (west-) deutschen Wohlfahrtsstaat seit 1945 ist einem institutionengeschichtlichen Ansatz verpflichtet. Der Autor rekonstruiert, welche Konzepte sozialer Gerechtigkeit der Architektur der sozialen Sicherungssysteme in beiden Ländern zugrunde liegen und ob beziehungsweise wie sie sich verändert haben. Im Vordergrund stehen nicht die Intentionen der zentralen sozialpolitischen Akteure, sondern jene Bauprinzipien, die sich schließlich - teilweise auch hinter dem Rücken der Beteiligten - in den sozialstaatlichen Arrangements institutionell verfestigten. Besonderes Augenmerk liegt auf der Frage, ob sich die in den wohlfahrtsstaatlichen Institutionen eingeschriebenen Gerechtigkeitsprinzipien in beiden Ländern seit dem Zweiten Weltkrieg grundlegend verändert haben oder ob ihr jeweiliger "genetischer Code" erhalten geblieben ist. Einen heuristischen Ausgangspunkt der Untersuchung bildet die in der Gerechtigkeitsforschung weit verbreitete Unterscheidung von drei Grundprinzipien distributiver Gerechtigkeit: Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsgerechtigkeit (im Sinne einer Beitrags-Leistungs-Äquivalenz in Sozialversicherungssystemen) und Gleichheit (need, merit, equality). Dabei wird das liberale Wohlfahrtsregime Großbritanniens häufig dem Bedarfs- beziehungsweise Bedürftigkeitsprinzip, das korporatistische oder konservative Deutschlands dem Leistungsprinzip zugeordnet. Im Zentrum steht dabei zunächst das Gesundheits-

system, danach die Alterssicherung und schließlich die Absicherung gegen das Risiko der Arbeitslosigkeit stehen, bevor die Ergebnisse zusammengefasst und im Licht neuerer Entwicklungen reflektiert werden. (ICA2)

[271-CSA] Trujillo, Antonio J.; LaVeist, Thomas A.; Gaskin, Darrell:

**Segregated Spaces, Risky Places: The Effects of Racial Segregation on Health Inequalities**, Joint Center for Political and Economic Studies, September 2011

**INHALT:** This study looks at the relationship between the level of segregation in metro areas in the US and the health of the people who live in these communities. Metro areas with the highest levels of segregation have the largest health inequities (eg, people of color will live far shorter lives than whites). Tables, Figures, References.

[272-L] Villiger, Simone; Knöpfel, Carlo:

**Armut macht krank: warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen**, (Diskussionspapiere, 24), Luzern: Caritas Verl. 2009, 106 S., ISBN: 978-3-85592-123-2

**INHALT:** Die Begriffe Gesundheit, Gesundheitswesen und Gesundheitskosten sind in aller Munde. Kaum eine Zeitschrift, die nicht mit neuen Vorschlägen wirbt, wie man jung, fit, schlank und vor allem gesund werden oder bleiben kann. Solche Beiträge widerspiegeln die in der Gesellschaft vorherrschende Meinung, dass der Grund vieler Krankheiten im persönlichen Fehlverhalten liege. Gekoppelt ist diese Überzeugung meist mit der Vorstellung, das Verhalten sei frei wählbar. Die Wissenschaft zeichnet ein anderes Bild. Es wird aufgezeigt, trotz hoher Lebensqualität, hoher Lebenserwartung und einem qualitativ sehr guten Gesundheitssystem, dass je tiefer der sozioökonomische Status, desto kürzer die Lebensdauer ist. Heute ist die Erklärung für die gesundheitliche Ungleichheit weniger offensichtlich. Es gibt mittlerweile jedoch einige Erklärungsansätze, die dargelegt werden. Sie weisen darauf hin, dass sich die Lebens- und Arbeitsbedingungen auch heute noch je nach sozioökonomischem Status stark unterscheiden. Die Erklärungsansätze zeigen unter anderem Ansatzpunkte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit auf und machen deutlich, dass diese nicht innerhalb des Gesundheitssystems und nicht in Reichweite der Gesundheitspolitik im engeren Sinn liegen. Sie fallen in den Einflussbereich von einer Vielzahl von Politikbereichen wie die Bildungs-, Arbeitsmarkt- oder Sozialpolitik, welche Kernthemen der Caritas sind. Die politischen Implikationen, die sich aus dieser Erkenntnis ergeben, werden ebenfalls abschließend aufgeführt. (ICF2)

[273-L] Wesenauer, Andrea; Sebinger, Sarah (Hrsg.):

**Soziale Ungleichheit und Gesundheit: gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung - eine Frage der sozialen Gerechtigkeit?**, Frankfurt am Main: Mabuse Verl. 2009, 121 S., ISBN: 978-3-940529-51-0

**INHALT:** "Wissenschaftliche Erkenntnisse belegen den Zusammenhang von sozialen Determinanten und individuellem Gesundheitszustand. Gesundheitliche Benachteiligungen zeigen sich vor allem bei jenen Bevölkerungsgruppen, die in besonderem Maße gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, gleichzeitig aber mit geringen Bewältigungsressourcen ausgestattet sind. Die Wahrscheinlichkeit zu erkranken oder frühzeitig zu sterben ist in diesen - vorwiegend sozial schwachen Milieus - überdurchschnittlich hoch. In diesem Sammelband wird die Frage nach einer bedürfnis- und bedarfsgerechten Versorgung - sowohl im kurativen als auch im Gesundheitsförderungsbereich - gestellt. Diese Frage wird vor dem Hintergrund sozialer Determinanten von Bevölkerungsgruppen sowie vor dem Hintergrund sozialer und gesundheitspolitischer Systeme beleuchtet. Es werden folgende Schwerpunkte thematisiert: die Rolle von Sozial- und Gesundheitspolitik, 'Ungleiche' Versorgung in der Kuration und Gesundheitsförderung, Umsetzungsbeispiele und Handlungsansätze aus Wissenschaft und Praxis." (Autorenreferat). Inhaltsverzeichnis: Rolf Rosenbrock: Gesundheit und Gerechtigkeit (9-24); Kerstin Hofreuter, Olaf von dem Knesebeck: Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung (25-39); Andrea Wesenauer, Sarah Sebinger: (Un)gleich? - ein Thema der sozialen Krankenversicherung? (41-72); Anna Labek, Anna Maria Dieplinger: Gender Friendly Hospital - Leitlinien und Bei-



spiele für ein geschlechtergerechtes Krankenhaus (73-86); Sebastian Ziller: Mundgesundheit unter dem Aspekt der gesundheitlichen Ungleichheit (87-102); Elfriede Kiesewetter, Sarah Sebinger, Bettina Stadlmayr: Zielgruppenorientierung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (103-113).

[274-CSA] Williams, Gareth H; Smith, Katherine E; Hunter, David J; Blackman, Tim; Elliott, Eva; Greene, Alexandra; Harrington, Barbara E; Marks, Linda; McKee, Lorna:

**Divergence or convergence? Health inequalities and policy in a devolved Britain**, in: Critical Social Policy, vol. 29, no. 2, pp. 216-242, 2009, ISSN: 0261-0183

**INHALT:** Since the advent of political devolution in the UK, it has been widely reported that markedly different health policies have emerged. However, most of these analyses are based on a comparison of health care policies and, as such, only tell part of a complex and evolving story. This paper considers official responses to a shared public health policy aim, the reduction of health inequalities, through an examination of national policy statements produced in England, Scotland and Wales respectively since 1997. The analysis suggests that the relatively consistent manner in which the 'policy problem' of health inequalities has been framed combined with the dominance of a medical model of health have constrained policy responses. Our findings differ from existing analyses, raising some important questions about the actuality of, and scope for, policy divergence since devolution. [Reprinted by permission of Sage Publications Ltd., copyright 2009.]

[275-CSA] Williams, G H; Harrington, B E; Smith, K E; Hunter, D J; Marks, L; Blackman, T J; McKee, L; Greene, A; Elliott, E:

**e-Supplement: Health inequalities in England, Scotland and Wales: Stakeholders' accounts and policy compared**, in: Public Health, vol. 123, no. 1, 2009, ISSN: 0033-3506

**INHALT:** Objectives The election of a Labour government in 1997 brought the issue of health inequalities firmly back on to the policy agenda across the UK. Since then, in the wake of devolution, the need to tackle health inequalities has been highlighted as a policy priority in all three mainland UK countries, albeit with varying degrees of emphasis. This paper reports on a major cross-national study, funded by the Economic and Social Research Council, investigating how National Health Service bodies, local councils and partnerships make sense of their work on health inequalities, and examining the difference made by the contrasting approaches that have been taken to performance assessment in England, Wales and Scotland. Study design Case studies, semi-structured interviews and analysis of key policy statements. Methods In order to explore how health inequalities have been approached by the three governments (noting that there was a change in governments in Wales and Scotland during this time), key policy statements published between May 1997 and May 2007 were analysed. Concurrently, data from stakeholder interviews carried out in 2006 in case study areas in each country were analysed to determine the extent of alignment between policy and practice at local level. Results This paper suggests that claims about the extent of health policy divergence in post-devolution Britain may have been exaggerated. It finds that, whilst the three countries have taken differing approaches to performance assessment and the setting of targets, policy approaches to health inequalities up until 2007 appear to have been remarkably similar. Furthermore, the first round of interview data suggest that variations in local understandings of, and responses to, health inequalities cannot always be clearly distinguished along national lines. Conclusions Based on the policy analysis, devolution in the UK does not appear to have resulted in substantively different national policy approaches to health inequalities. Indeed, the overall analysis suggests that (prior to the 2007 elections in Scotland and Wales) the differences between local areas within countries may be of as much interest as those between countries. [Copyright Elsevier B.V.]

## 7 Gesundheitliche Ungleichheit in internationaler Perspektive

[276-L] Bauer, Ullrich:

**Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung: internationale Forschungsbefunde und theoretische Zugänge**, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 55/2009, H. 4, S. 389-407 (Standort: USB Köln(38)-Haa1648; Kopie über den Literaturdienst erhältlich)

**INHALT:** "Sozial-epidemiologische Forschungslinien lassen kaum Aussagen zur Problematik sozial bedingter Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung zu. Dabei scheint die recht traditionelle Auffassung, nach der die in den Nachkriegsjahrzehnten verstärkten sozialstaatlichen Abfederungssysteme einem Durchschlagen von sozialen Ungleichheiten auf Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung vorzubeugen im Stande sind, mehr und mehr überholt. Der vorliegende Beitrag problematisiert die Existenz und Ausprägung von Versorgungsungleichheiten. Im Mittelpunkt steht der Überblick zu empirisch-deskriptiven Erkenntnissen einer inzwischen sehr umfangreichen internationalen Diskussion. Der Rekurs auf konzeptionelle Überlegungen zielt auf die nun immer dringender werdende Aufgabe der Erklärung von Versorgungsungleichheiten." (Autorenreferat)

[277-L] Castro-Martin, Teresa:

**Single motherhood and low birthweight in Spain: narrowing social inequalities in health?**, in: Demographic Research, Vol. 22/2010, S. 863-890 ([dx.doi.org/10.4054/DemRes.2010.22.27](http://dx.doi.org/10.4054/DemRes.2010.22.27))

**INHALT:** "Nonmarital childbearing is becoming an increasingly common path to family formation in Spain. The proportion of births to unmarried mothers has increased from 2% in 1975 to 30.2% in 2007. Along with this marked increase, there has been an important shift in the sociodemographic profile of unmarried mothers. This study focuses on the impact of mothers' marital status on the health status of their newborns, using low birth weight as an indicator. We are interested in examining how the impact of mothers' unmarried status on birth outcomes changes as nonmarital childbearing shifts from a marginal to a relatively common behavior. The results of the analysis reveal that the health disadvantage gap between marital and nonmarital births has narrowed significantly over the past decade in Spain. We argue that diminishing selection processes and increasing social acceptance could explain the declining significance of marital status as a risk factor for low birth weight." (author's abstract)

[278-L] Chan, Moon Fai:

**Factors affecting infant mortality rates: evidence from 1969-2008 data in Singapore**, in: Journal of public health : Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 19/2011, No. 1, S. 15-22 ([dx.doi.org/10.1007/s10389-010-0344-8](http://dx.doi.org/10.1007/s10389-010-0344-8))

**INHALT:** "Aims: The purpose of this study was to examine the impacts of demographic changes, socioeconomic inequality, and availability of health resources on infant mortality rates (IMR) in Singapore. Subjects and methods: A retrospective study design was used to collect yearly data for Singapore covering the period from 1969 to 2008. The IMR was the dependent variable and demographics, socioeconomic status, and health resources were the three main determinants. Results: A structural equation model was employed and results showed that more available health resources ( $\beta = -0.43$ ,  $p < 0.01$ ) were more likely to reduce the IMR. By contrast, socioeconomic inequality ( $\beta = -0.43$ ,  $p < 0.01$ ) and demographic changes ( $\beta = -0.31$ ,  $p < 0.01$ ) were more likely to increase the IMR. Conclusions: These results therefore imply that more effort, particularly during economic downturns, should be put into removing the barriers that impede access to health care services and increasing preventive care for the population that currently has less access to health care in communities where there is a scarcity of medical resources." (author's abstract)

[279-L] Dallinger, Ursula; Theobald, Hildegard:

**Pflege und Ungleichheit: ungleiche Citizenship rights im internationalen Vergleich**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Andreas Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege : Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 78-103, ISBN: 978-3-531-15621-7

**INHALT:** Die Autorinnen zeigen zu Beginn, dass sich das Konzept der "Citizenship Rights" von T.H. Marshall mit einer neueren institutionentheoretischen Perspektive verbinden lässt, wonach institutionelle Arrangements als Wahl einer bestimmten Allokation von Belastungen und als Verfügbarkeit kollektiver Güter mit Folgen für die Lebenschancen der Bürger erscheinen. Daraus ergeben sich folgende Fragen für den vorliegenden Beitrag: Wie weitreichend inkludieren westliche Wohlfahrtsstaaten die wachsende Zahl der Pflegebedürftigen und der mitbetroffenen Angehörigen? Gewähren sie ein Recht auf finanzielle Ressourcen, auf formelle Dienstleistungen und in welchem Grad? Welche Auswirkungen haben Quantität und Qualität der Rechte auf die Inklusion der Pflegebedürftigen wie auch der Pflegeperson? Die Autorinnen stellen hierzu Ergebnisse der international vergleichenden Forschung zu Wohlfahrtsstaaten, Pflegearrangements und -politiken vor und gehen insbesondere auf die neueren Entwicklungen der Vermarktlichung und ihre Folgen im Bereich der Pflege ein. Sie unterscheiden dabei zwischen Ländern mit einer familialisierenden und einer de-familialisierenden Pflegepolitik und fragen am Beispiel Italien, Schweden und der Bundesrepublik Deutschland danach, ob familialisierende Länder ihre Bürger mit einem geringeren Zugang zu sozialen Rechten ausstatten und welche Ungleichheiten die neuen Pflegepolitiken in den verschiedenen Ländertypen entstehen lassen. (ICI2)

[280-F] Doblhammer-Reiter, Gabriele, Prof.Dr.; Grigoriev, Pavel; Voigt, Mathias (Bearbeitung):

**European divergence and convergence in causes of death**

**INHALT:** Im Rahmen des Projekts werden Daten zu Todesursachen in West- und Osteuropa bereitgestellt, um Zusammenhänge zwischen Gesundheitspolitik und unterschiedlichen Mortalitätstrends zu untersuchen. *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Europa

**METHODE:** Ziele: In den letzten 40 Jahren gab es zwischen Ost- und Westeuropa erhebliche Unterschiede in der Lebenserwartung. Das von der DFG finanzierte Projekt "European Divergent and Convergence in Causes of Death" zielt darauf ab, neue - Daten für Trends in den Todesursachen bereitzustellen und untersucht den Zusammenhang zwischen Gesundheitspolitik und unterschiedlichen Mortalitätstrends. Das Projekt besteht aus vier Teilen: 1. Die Analyse der "Gesundheitskrise" in der ehemaligen USSR soll vervollständigt und um die osteuropäischen Staaten Ukraine, Weißrussland und Moldawien erweitert werden. 2. Deutschland eignet sich als hervorragendes Beispiel um Unterschiede in den Gesundheitstrends zwischen Ost- und Westdeutschland vor und nach der Wiedervereinigung zu illustrieren. Um die Vergleichbarkeit zwischen beiden deutschen Staaten zu gewährleisten, sollen die Todesursachenstatistiken beider Teile harmonisiert und eine zusammenhängende Datensammlung ab 1960 bereitgestellt werden. 3. Es werden Mortalitätsunterschiede über einen Zeitraum von 40 Jahren für 100 russische Gebiete nach Todesursachen sowie gegenwärtige sozio-kulturelle Ungleichheiten in Litauen betrachtet. 4. Schließlich sollen die rekonstruierten Zeitreihen mit sozio-ökonomischen Indikatoren und effektiven Gesundheitspolitiken zusammengeführt werden und dienen somit als Basis zur Gewinnung neuer Erkenntnisse über Gesundheitsübergänge und zur Neubewertung der Reliabilität des Divergenz-Konvergenz Konzeptes.

**ART:** gefördert *BEGINN:* 2008-02 *ENDE:* 2011-01 *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Deutsche Forschungsgemeinschaft

**INSTITUTION:** Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Institut für Soziologie und Demographie Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demographie (18051 Rostock); Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock)

**KONTAKT:** Doblhammer-Reiter, Gabriele (Prof.Dr. Tel. 0381-498-4393, Fax: 0381-498-4395, e-mail: gabriele.doblhammer@uni-rostock.de)

[281-CSA] Gil, Joan; Costa-Font, Joan:

**Exploring the pathways of inequality in health, health care access and financing in decentralized Spain**, in: *Journal of European Social Policy*, vol. 19, no. 5, pp. 446-458, 2009, ISSN: 0958-9287

**INHALT:** The regional organization of the Spanish national health system offers a 'unique field' for exploring the sources of health inequalities as well as for testing the effects of political decentralization on health and healthcare inequalities. Drawing from the results of an empirical analysis where inequalities in three dimensions of health (outcome), healthcare (access) and healthcare payments (financing) are estimated, this article first explores the association between three such inequality dimensions alongside other system and socio-economic controls. Second, we examine whether the first wave of asymmetric healthcare devolution which took place in Spain between (1980--2001) -- whereby health policy responsibilities were transferred to a few region states (autonomous communities [ACs]) -- correlates with higher inequalities in health, healthcare and health financing. Our findings suggest that inequalities in health and healthcare appear to be driven by income inequalities and inequalities in use but not by inequalities in financing and health expenditure. Region states politically responsible for the organization of healthcare did not exhibit significant differences in health and healthcare inequalities and tend to exhibit a better equity performance. [Reprinted by permission of Sage Publications Ltd., copyright holder.]

[282-F] Grigorieva, Olga (Bearbeitung); Doblhammer-Reiter, Gabriele, Prof.Dr. (Betreuung):  
**Health, welfare and care utilization among the elderly in Germany and the Netherlands**

**INHALT:** As the proportion of older people increases, the problems of long-term care provision and utilization are gaining more attention among the scientific communities and policy makers, particularly in Western European countries. In order to consider strong policy implications of this demographic change, it is important to understand the whole set of factors determining the use of care by the elderly. Individual's health status, living and financial arrangements, along with available community resources, are all expected to have an impact on care utilization and particularly on the type of care used (formal and/or informal). This dissertation evaluates the conditions under which long-term care is used by the elderly in Germany and the Netherlands; two countries that share welfare regimes similarities but diverge in the extent of their population aging and organization of health care systems. The research begins with an analysis of the German and Dutch long-term care insurance schemes, highlighting their basic principles and distinctions. Using the results of the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE, 2004 and 2006), it applies Andersen's (1968, 1995) behavioral model to assess the impact of predisposing, enabling and need factors on the utilization of formal and informal care in both countries. It is expected that need factors (individual's health conditions), along with age, partnership status, income and health insurance coverage have the highest impact on the use of long-term care services by the elderly; the significance of contributions, however, may vary between the types of care used and between countries. In addition to the comparative analysis of the determinants of long-term care utilization, the thesis also assesses the factors determining the transitions of the German elderly to the institutions. Path analysis and logistic regression analysis are applied to data from the German Micro Census Panel (2001-2004). Moreover, using the Survey Among Elderly People in Residential Care in the Netherlands (2000 and 2004), this research intends to explore the disparities in health conditions and living arrangements among older people staying in different types of institutions (nursing homes, residential homes and sheltered housing). | *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Netherlands, Germany

**ART:** Dissertation *AUFTRAGGEBER:* keine Angabe *FINANZIERER:* keine Angabe

**INSTITUTION:** Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Institut für Soziologie und Demographie Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demographie (18051 Rostock)

**KONTAKT:** Institution -Sekretariat- (Tel. 0381-498-4394,  
e-mail: baerbel.westendorf@uni-rostock.de)

[283-L] Hackauf, Horst:

**Jugend und Gesundheit in der europäischen Union: Ergebnisse einer vergleichenden Sekundäranalyse**, in: Horst Hackauf (Hrsg.) ; Heike Ohlbrecht (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit : ein Forschungsüberblick*, München: Juventa Verl., 2010, S. 66-92, ISBN: 978-3-7799-1752-6

**INHALT:** Der Verfasser legt Daten zur Gesundheitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen im europäischen Vergleich vor. Er diskutiert die sozialen Bedingungen von Kindheit und Jugend und klärt Ursachenzusammenhänge zu benachteiligenden Lebenslagen und Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen im EU-Kontext, die sich aus den Armutsentwicklungen der letzten Jahre ergeben. Behandelt werden Trends objektiver und subjektiver Gesundheit, psychische Gesundheit, Morbiditätstrends, Ernährung und Körpergewicht und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Die Untersuchung zeigt signifikante Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage der Herkunftsfamilie und dem Gesundheitsverhalten sowie den Gesundheitsrisiken der Kinder und Jugendlichen. (ICE2)

[284-L] Hein, Wolfgang:

**Gesundheit, soziale Ungleichheit und Global Health Governance**, in: Franz Kolland (Hrsg.) ; Petra Dannecker (Hrsg.) ; August Gächter (Hrsg.) ; Christian Suter (Hrsg.): *Soziologie der globalen Gesellschaft : eine Einführung*, Wien: Mandelbaum Verl., 2010, S. 174-208, ISBN: 978-3-85476-311-6

**INHALT:** Vor dem Hintergrund einer Bestandsaufnahme der globalen Ungleichheit von Gesundheit und deren Ursachen werden die neuen globalen Herausforderungen im Gesundheitsbereich thematisiert. Den Kern des Artikels bildet eine Auseinandersetzung mit dem institutionellen Wandel in der globalen Gesundheitspolitik. Der Begriff "Global Health Governance" (GHG) wird zunehmend zur Kennzeichnung des komplexer werdenden Systems von Konflikten, Kooperationen und unkoordinierten Aktivitäten unterschiedlicher Akteure in der internationalen Gesundheitspolitik benutzt. Dabei wird auf die Bedeutung neuer, vor allem nichtstaatlicher Akteure eingegangen sowie auf veränderte Prozesse der Normbildung und -implementation sowie schließlich auf die Problematik der Koordination in einem komplexen System von GHG und die sich wandelnde Rolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Neue Herausforderungen und Akteure haben sich meist auf spezifische Krankheiten und Themenbereiche von GHG bezogen. Eine umfassende Förderung von Gesundheit, die Stärkung von Gesundheitssystemen ist dabei häufig in den Hintergrund getreten - darauf wird im Beitrag an verschiedenen Punkten eingegangen. (ICF2)

[285-CSA] Heritage, Z:

**Inequalities, social ties and health in France**, in: *Public Health*, vol. 123, no. 1, 2009, ISSN: 0033-3506

**INHALT:** Objectives To discuss the evidence of social health inequalities in France and, in this context, to examine the association of social ties and socio-economic status (SES) with self-reported health (SRH). Study design A literature search and a nationally representative cross-sectional study of 5046 French adults with data about SRH, socio-economic status and relationships with family and friends etc. Methods SRH was analysed by three measures of SES: income, education and socioprofessional group. The frequency of five single and four composite measures of social ties by SES was calculated. Logistic regression models estimated the association between SRH and the social ties variables. Results Compared with other countries in Western Europe, France has large social class health inequalities, particularly in relation to premature male mortality. This study found that 'less than good' SRH was significantly more likely to be reported by people in lower education, lower socioprofessional and lower income groups. Social isolation and weak social relationships were associated with low SES. For eight of the nine variables, weak social ties were associated with 'less than good' SRH even after adjusting for SES. Conclusion Weak social ties are associated with poor health. In the context of a country with large health inequalities, the effect of social isolation on health is independent of SES. [Copyright Elsevier B.V.]

[286-L] Hoffmann, Rasmus:

**Soziale Ungleichheit in der Altersmortalität in Dänemark und den USA: Faktoren und ihre Wirkungsweise**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 403-429, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** In dem Beitrag werden Daten aus Dänemark und aus den USA analysiert. Diese beiden Länder sind ausgewählt worden als zwei sehr verschiedene Fallbeispiele aus der Gruppe der sehr reichen Länder. Der Hauptunterschied ist, dass die soziale Ungleichheit in den USA größer ist und dass es dort weniger soziale Sicherheit gibt. Im hohen Alter verschärfen sich diese Unterschiede zwischen den beiden Ländern noch einmal: in den USA herrscht im hohen Alter besonders viel Ungleichheit und besonders wenig sozialstaatliche Vorsorge. Der Verfasser macht deutlich, dass der Trend und das Niveau des Reichtums in Dänemark und den USA ähnlich sind. Die Ergebnisse in Bezug auf die relative Bedeutung der einzelnen Statusdimensionen zeigen, dass das Einkommen den Einfluss der Bildung weitgehend neutralisiert, d.h. die Bildung hauptsächlich über das durch Bildung gesteigerte Einkommen wirkt. Auch im Vergleich zum Arbeitsstatus hat das Einkommen einen größeren Einfluss. Über diese einfache Hierarchie der verschiedenen Faktoren hinaus kann eine Interaktion zwischen den beiden untersuchten Faktoren Bildung und Einkommen weitere Einblicke liefern. Es wird vor allem das Ergebnis hervorgehoben, dass das Einkommen eine stärkere prädiktive Kraft für die frühzeitige Sterblichkeit hat als die Bildung, wobei dieser Effekt nur geringfügig über einzelne Todesursachen variiert und somit auf übergreifende Verursachungsfaktoren hinweist. (ICF2)

[287-L] Holtmann, Dieter; Buchheister, Claudia; Görl, Tilo; Grau, Silke; Mutz, Michael:

**Die Sozialstruktur der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich**, Potsdam: Univ.-Verl. Potsdam 2010, 302 S., ISBN: 978-3-86956-057-1

**INHALT:** "Für den internationalen Vergleich von Gesellschaften wird ein System gesellschaftlicher Dauerbeobachtung vorgeschlagen, indem aufgrund einer Auseinandersetzung mit der sozialphilosophischen Diskussion acht Performanzkriterien für den internationalen Vergleich von Lebensbedingungen entwickelt werden: Wohlstand und Wachstum; ökologische Nachhaltigkeit; Innovation; soziale Sicherung durch Unterstützungsleistungen im Risikofall sowie vorsorgend durch Bildungsinvestitionen; Anerkennung der Besonderheiten (Frauenfreundlichkeit und Migrantenfreundlichkeit); Gleichheit der Teilhabe; soziale Integration; Autonomie ('freedom of choice and capabilities'). In ihrem Ansatz gehen die AutorInnen nicht von einem einheitlichen Pfad der Modernisierung in Richtung Wachstum, Partizipation und Inklusion aus, sondern unterscheiden in Erweiterung der 'drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus' von Esping-Andersen (mindestens) fünf verschiedene institutionelle Entwicklungspfade der Modernisierung: Der sozialdemokratisch-universalistische Pfad, der wirtschaftsliberale Pfad, der Status-konservierende Pfad, der 'familistische' Pfad und die Entwicklung der Gruppe der ex-sozialistischen Länder, die sich in einem Prozess der Ausdifferenzierung befinden. Ab der 3. Auflage werden nun 36 Länder verglichen (incl. aller EU-Mitglieder) statt wie zuvor 28 Länder, in der 6. Auflage auf dem Stand von März 2010. Zur Analyse der Sozialstrukturen werden als Modelle sozialer Lagen berücksichtigt: Marx, Weber, Roemer/ Wright; soziale Schichten, berufliche Lagen, Goldthorpe-Modell; Bourdieu, Vester, Hradil. Als Anwendungsbereiche werden behandelt: Dienstleistungsgesellschaften und Erwerbstätigkeit, Bildung; Wohlfahrtsregime und soziale Sicherung; Wohlstand, Einkommen, Vermögen und Armut; soziale Mobilität; soziale Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern; Bevölkerungsstruktur und Lebensformen; Lebensstile; Individualisierung und ihre Gegenbewegungen; zusammenfassender Vergleich von Lebensbedingungen in verschiedenen Ländern und Wohlfahrtsregimen." (Autorenreferat)

[288-L] Jürges, Hendrik:

**Bildungsbezogene Ungleichheit in der Gesundheit Älterer: eine international vergleichende Analyse**, in: Axel Börsch-Supan (Hrsg.) ; Karsten Hank (Hrsg.) ; Hendrik Jürges (Hrsg.) ; Mathis Schroeder (Hrsg.): 50plus in Deutschland und Europa : Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2009, S. 149-173, ISBN: 978-3-531-16561-5

**INHALT:** Eine Vielzahl von Studien belegt einen starken Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status und der Gesundheit: besser gebildete Personen sind gesünder als weniger gebildete, Personen mit einem hohen Einkommen sind gesünder als solche mit einem niedrigen Einkommen, Erwerbstätige am oberen Ende der Hierarchie sind gesünder als solche am unteren Ende und reiche Personen sind gesünder als Arme. Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Gesundheit ist so universell, dass häufig von einem "Gradienten" gesprochen wird. Im vorliegenden Beitrag wird ein internationaler Vergleich dieses Gradienten für 12 Länder vorgenommen. Dies geschieht auf der Grundlage von international vergleichbaren Mikrodaten, nämlich der "US Health and Retirement Study" (HRS) 2002, der "English Longitudinal Study on Ageing" (ELSA) 2002 und des "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE) 2004. Im Gegensatz zur bestehenden vergleichenden Forschung, die einkommensbezogene Unterschiede in der Gesundheit untersucht, wird hier bildungsbezogene Ungleichheit betrachtet. Der Beitrag ist wie folgt gegliedert: In Abschnitt 2 wird der statistische Ansatz zur Messung und Zerlegung von bildungsbezogener Ungleichheit in der Gesundheit beschrieben. Abschnitt 3 beschreibt die verwendeten Daten und die Konstruktion der beiden Schlüsselvariablen Bildung und Gesundheit. In Abschnitt 4 werden die Ergebnisse vorgestellt und diskutiert. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse erfolgt in Abschnitt 5. (IC12)

[289-L] Jürges, Hendrik:

**Health inequalities by education, income, and wealth: a comparison of 11 European countries and the US**, (MEA Discussion Papers, 140), Mannheim 2007, 11 S. (Graue Literatur; [www.mea.uni-mannheim.de/publications/meadp\\_140-07.pdf](http://www.mea.uni-mannheim.de/publications/meadp_140-07.pdf))

**INHALT:** "The author compares education-, income-, and wealth-related health inequality using data from 11 European countries and the US. The health distributions in the US, England and France are relatively unequal independent of the stratifying variable, while Switzerland or Austria always have relatively equal distributions. Some countries such as Italy dramatically change ranks depending on the stratifying variable." (author's abstract)

[290-CSA] Jürges, Hendrik:

**HEALTHY MINDS IN HEALTHY BODIES: AN INTERNATIONAL COMPARISON OF EDUCATION-RELATED INEQUALITY IN PHYSICAL HEALTH AMONG OLDER ADULTS**, in: *Scottish Journal of Political Economy*, vol. 56, no. 3, pp. 296-320, 2009, ISSN: 0036-9292

**INHALT:** We study education-related inequality in the physical health of older adults across 11 European countries and the United States. Combining the data from Health and Retirement Study 2002, the English Longitudinal Study of Ageing 2002 and the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2004, our results suggest that education is strongly correlated with health both across and within countries. Education-related inequality in health is larger in Mediterranean and Anglo-Saxon countries than in western European countries. We find no evidence of a trade-off between health levels and equity in health. Education-related inequality in health is hardly driven by income or wealth effects (except in the United States), and differences in health behaviours (smoking) by education level contribute little to health differences across education groups. Date of receipt of final manuscript: 4 December 2008. Adapted from the source document.

[291-CSA] Kang, Eunjeong; Kim, Jinhyun; Yang, Bong-Min; Lee, Tae-Jin:

**A Causality Between Health and Poverty: An Empirical Analysis and Policy Implications in the Korean Society**, in: *Social Work in Public Health*, vol. 25, no. 2, 2010, ISSN: 1937-1918

**INHALT:** An empirical perspective on the relationship between health and poverty is examined in Korea. Combining selection and causation models, the authors developed a simultaneous equations system with health and poverty as exogenous variables. Based on a national health survey, the possible impact of health on household poverty was tested. The authors found that poor health determines household poverty in several ways, controlling for other confounding factors. Feasible strategies to

reduce illness in low-income classes include monitoring the poor with their health status, extending the Medicaid program, and expanding public hospitals for the poor class to access to health services. Adapted from the source document.

[292-CSA] Kobayashi, Miki; Oshio, Takashi:

**Income inequality, area-level poverty, perceived aversion to inequality, and self-rated health in Japan**, in: *Social Science & Medicine*, vol. 69, no. 3, pp. 317-326, 2009, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** In this study we conduct a multilevel analysis to investigate the association between regional income inequality and self-rated health in Japan, based on two nationwide surveys. We confirm that there is a significant association between area-level income inequality and individual-level health assessment. We also find that health assessment tends to be more sensitive to income inequality among lower income individuals, and to degree of area-level poverty, than income inequality for the society as a whole. In addition, we examine how individuals are averse to inequality, based on the observed association between inequality and self-rated health. [Copyright Elsevier Ltd.]

[293-CSA] Kobayashi, Miki; Oshio, Takashi:

**Income inequality, perceived happiness, and self-rated health: Evidence from nationwide surveys in Japan**, in: *Social Science & Medicine*, vol. 70, no. 9, pp. 1358-1366, 2010, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** In this study, we examined how regional inequality is associated with perceived happiness and self-rated health at an individual level by using micro-data from nationwide surveys in Japan. We estimated the bivariate ordered probit models to explore the associations between regional inequality and two subjective outcomes, and evaluated effect modification to their sensitivities to regional inequality using the categories of key individual attributes. We found that individuals who live in areas of high inequality tend to report themselves as both unhappy and unhealthy, even after controlling for various individual and regional characteristics and taking into account the correlation between the two subjective outcomes. Gender, age, educational attainment, income, occupational status, and political views modify the associations of regional inequality with the subjective assessments of happiness and health. Notably, those with an unstable occupational status are most affected by inequality when assessing both perceived happiness and health. [Copyright Elsevier Ltd.]

[294-CSA] Kraaykamp, Gerbert; Huijts, Tim; Monden, Christiaan W. S.:

**Education, Educational Heterogamy, and Self-Assessed Health in Europe: A Multilevel Study of Spousal Effects in 29 European Countries**, in: *European Sociological Review*, vol. 26, no. 3, pp. 261-276, 2010, ISSN: 0266-7215

**INHALT:** This study extends earlier research on educational inequality and health in two ways. First, we examine whether own educational level and spouse's educational level are independently associated with self-assessed health throughout European societies by analysing 29 countries simultaneously. Second, we ask to what extent educational heterogamy at the country level is related to health differences between and within countries. Theories on social capital lead to the hypotheses that average health is better in countries with more educational heterogamy, and educational differentiation in health is smaller in countries with more educational heterogamy. To test our expectations, we use individual data from the European Social Survey of 2002, 2004, and 2006 (N = 59,314) as well as country-level data. Using multilevel analyses, we find that not only one's own educational level, but additionally the spouse's level of education positively affects self-assessed health in Europe. The degree of educational heterogamy does not influence the average level of self-assessed health in a country. However, the positive relationships between own and partner's education and self-assessed health are weaker as the degree of educational heterogamy at the national level is higher. Adapted from the source document.



[295-CSA] Leeson, George; Karlsson, Martin; Nilsson, Therese; Lyttkens, Carl Hampus:

**Income inequality and health: Importance of a cross-country perspective**, in: *Social Science & Medicine*, vol. 70, no. 6, pp. 875-885, 2010, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** This paper uses a unique dataset-containing information collected in 2006 on individuals aged 40-79 in 21 countries throughout the world to examine whether individual income, relative income in a reference group, and income inequality are related to health status across middle/low and high-income countries. The dependent variable is self-assessed health (SAH), and as a robustness check, activities of daily living (ADL) are considered. The focus is particularly on assumptions regarding an individual's reference group and on how the estimated relationships depend on the level of economic development. Correcting for national differences in health reporting behavior, individual absolute income is found to be positively related to individual health. Furthermore, in the high-income sample, there is strong evidence that average income within a peer-age group is negatively related to health, thus supporting the relative income hypothesis. In middle/low-income countries, it is instead average regional income that is negatively associated with health. Finally, there is evidence of a negative relationship between income inequality and individual health in high-income countries. Overall, the results suggest that there might be important differences in these relationships between high-income and middle/low-income countries. [Copyright Elsevier Ltd.]

[296-CSA] McKee, Lorna; Blackman, Tim; Hunter, David; Marks, Linda; Harrington, Barbara; Elliott, Eva; Williams, Gareth; Greene, Alex:

**Wicked Comparisons: Reflections on Cross-national Research about Health Inequalities in the UK**, in: *Evaluation*, vol. 16, no. 1, pp. 43-57, 2010, ISSN: 1356-3890

**INHALT:** This article discusses a comparative study of how local actors tackle health inequalities in England, Scotland and Wales. The main method used in this study was a thematic analysis of 200 interview transcripts. Its focus was on how health inequalities are framed for intervention by performance assessment systems and the challenge for these systems that their nature as a 'wicked issue' presents. The three different national contexts are described, including organizational structures and the use of targets, and the difficulty of making evaluative comparisons is considered. Reflecting on results from the study, it is concluded that both divergence and convergence in themes across the three countries reveal narrative patterns that draw on discourses rather than evidence. The nature of national performance audit regimes appears to play an important part in shaping these discourses, which are themselves evolving, partly in interaction with local feedback. [Reprinted by permission of Sage Publications Ltd., copyright holder.]

[297-F] Mischke, Monika; Pfeifer, Michaela (Bearbeitung); Wendt, Claus, Prof.Dr. (Leitung):

**Welfare states and public opinion - perceptions of healthcare systems, family policy and benefits for the unemployed and poor in Europe**

**INHALT:** Entwickelte Wohlfahrtsstaaten werden in zunehmendem Maße mit Strukturreformen konfrontiert. Zentrale gesellschaftliche Institutionen verlieren dadurch ihre Selbstverständlichkeit und die Bürger damit auch die über viele Jahre hinweg wahrgenommene individuelle Sicherheit in sozialen Krisensituationen. In dem Projekt wurde die Orientierung an sozialpolitischen Leistungssystemen (Gesundheits-, Armuts- und Familienpolitik) über einen Vergleich von 15 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU-15) analysiert. Unsere Analysen haben ergeben, dass Einstellungen zu Mindestsicherungssystemen u.a. von Kontextfaktoren wie der Großzügigkeit der Mindestsicherungsleistungen und der Arbeitslosenquote abhängen. Bei hoher Arbeitslosigkeit und geringen Leistungen fordern die Bürger verstärkt staatliche Verantwortung ein. Bei geringerer Arbeitslosigkeit sinkt die Unterstützung für eine starke Rolle des Staates. Ein hohes Leistungsniveau kann zu einer Polarisierung der öffentlichen Meinung, d.h. starken Unterschieden zwischen sozialen Gruppen, führen. Im Bereich Familienpolitik hängen die Einstellungen von Art und Umfang existierender familienpolitischer Leistungen ab. In Ländern mit großzügigen Leistungen, welche die Erwerbsbeteiligung von Frauen unterstützen, ist die Zufriedenheit am höchsten. Gleichzeitig empfinden Familien in diesen Ländern die Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben als weniger problematisch. In den meisten Ländern

und unabhängig vom institutionellen Kontext, sind finanziell bessergestellte Familien zufriedener und haben weniger Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In allen europäischen Staaten besteht eine hohe Zustimmung zu einer umfassenden Rolle des Staates in der Gesundheitspolitik. Demgegenüber ist hinsichtlich der Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem ein stärkerer Zusammenhang mit dem jeweiligen institutionellen Design festzustellen. In Gesundheitssystemen mit einem niedrigen Niveau der Gesamtausgaben, einer geringen Dichte an Allgemeinärzten und hohen privaten Zuzahlungen ist die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem deutlich niedriger. Hier ist außerdem eine hohe Ungleichheit zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu erkennen. Demgegenüber ist in Gesundheitssystemen mit einer langen Tradition einer Absicherung der gesamten Bevölkerung unabhängig vom beruflichen Status eine homogene Wahrnehmung und Bewertung des Gesundheitssystems durch unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zu erkennen. Länder mit hohen Ausgaben, einer hohen Allgemeinärztdichte und freier Arztwahl erhalten die höchste Zustimmung in der Bevölkerung aber weisen auch die größten Unterschiede zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen auf. *ZEITRAUM: 1990-2007 GEOGRAPHISCHER RAUM: Europa*

**METHODE:** Institutionentheorie, Verknüpfung von vergleichender Institutionenanalyse und einer Analyse sozialpolitischer Einstellungen (Verknüpfung von Mikro- und Makro-Analyse). Untersuchungsdesign: Querschnitt *DATENGEWINNUNG:* Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: 15.000; Herkunft der Daten: Eurobarometer; Auswahlverfahren: Zufall). Sekundäranalyse von Aggregatdaten (Stichprobe: 15; Herkunft der Daten OECD).

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Wendt, Claus; Mischke, Monika; Pfeifer, Michaela: Welfare States and Public Opinion in 15 European Countries. Healthcare, family policy, and benefits for the unemployed and poor. U.K. and Northampton, MA, U.S.A.: E. Elgar Publ. (forthcoming).+++Wendt, C.; Kohl, J.: Translating Monetary Inputs into Health Care Provision: A Comparative Analysis of the Impact of Different Modes of Public Policy. in: Journal of Comparative Policy Analysis, vol. 12, 2010, iss. 1-2, pp. 11-31.+++Reibling, N.; Wendt, C.: Bildungsniveau und Zugang zu Gesundheitsleistungen. Zugangregulierung und Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in Europa. in: Das Gesundheitswesen, Jg. 72, 2009, H. 8, S. 447-454.+++Wendt, C.; Kohl, J.; Mischke, M.; Pfeifer, M.: How Do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and Preference for State Involvement in the Field of Healthcare. in: European Sociological Review, vol. 26, 2010, no. 2, pp. 177-192.+++Wendt, C.: Mapping European Healthcare Systems. A comparative analysis of financing, service provision, and access to healthcare. in: Journal of European Social Policy, vol. 19, 2009, no. 5, pp. 432-445.+++Wendt, C.; Frisina, L.; Rothgang, H.: Health Care System Types. A conceptual framework for comparison. in: Social Policy and Administration, vol. 43, 2009, no. 1, pp. 70-90.++Reibling, N.; Wendt, C.: Gesundheitszustand und Nutzung von Gesundheitsleistungen. in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 55, 2009, H. 4, S. 329-346.+++Wendt, C.: Einstellungen zu wohlfahrtsstaatlichen Institutionen in Europa. Wie werden Gesundheitssysteme von den Bürgerinnen und Bürgern wahrgenommen? in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 54, 2008, H. 2, S. 115-140.+++Wendt, C.: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder. in: WSI-Mitteilungen 2007, H. 7, S. 380-386.

**ART:** gefördert *BEGINN:* 2006-09 *ENDE:* 2009-11 *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Deutsche Forschungsgemeinschaft

**INSTITUTION:** Universität Siegen, Philosophische Fakultät, Fach Soziologie Lehrstuhl für Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems, Vergl. Wohlfahrtspflege (57068 Siegen)

**KONTAKT:** Leiter (e-mail: wendt@soziologie.uni-siegen.de)

[298-CSA] Navarro, Vicente; Borrell, Carme; Espelt, Albert; Rodriguez-Sanz, Maica; Burstrom, Bo; Muntaner, Carles; Pasarin, M Isabel; Benach, Joan; Marinacci, Chiara; Roskam, Albert-Jan; Schaap, Maartje; Regidor, Enrique; Costa, Giuseppe; Santana, Paula; Deboosere, Patrick; Kunst, Anton:

**Analyzing Differences in the Magnitude of Socioeconomic Inequalities in Self-Perceived Health by Countries of Different Political Tradition in Europe**, in: International Journal of Health Services, vol. 39, no. 2, pp. 321-341, 2009, ISSN: 0020-7314

**INHALT:** The objectives of this study are to describe, for European countries, variations among political traditions in the magnitude of inequalities in self-perceived health by educational level and to determine whether these variations change when contextual welfare state, labor market, wealth, and income

me inequality variables are taken into account. In this cross-sectional study, the authors look at the population aged 25 to 64 in 13 European countries. Individual data were obtained from the Health Interview Surveys of each country. Educational-level inequalities in self-perceived health exist in all countries and in all political traditions, among both women and men. When countries are grouped by political tradition, social democratic countries are found to have the lowest educational-level inequalities. Adapted from the source document.

[299-L] Nikolaou, Agelike; Nikolaou, Dimitrios:

**Income-related inequality in the distribution of obesity among Europeans**, in: Journal of public health : Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 16/2008, No. 6, S. 403-411  
([www.springerlink.com/content/m1v84811664m8877/?p=8443569159ab47d0b6abef9aa91bf356&pi=4](http://www.springerlink.com/content/m1v84811664m8877/?p=8443569159ab47d0b6abef9aa91bf356&pi=4))

**INHALT:** "Aim: The current study concentrates on the issue of income related inequality in obesity for the case of European Union, an association, which has not been thoroughly examined in the literature. Subjects and methods: Ten European countries for a period of 4 consecutive years (1998-2001) are under consideration, with the information deriving from the 'European Community Household Panel' (ECHP) dataset. In order to elaborate on the above association, the concentration index was selected as a means for measuring quantitatively the degree of inequality. Furthermore, an alternative method was introduced, known as the 'indirect standardization method', so as to examine if the observed level of inequality was over-reported. Results: Treating the European Union as a whole, income inequality in obesity appears to be a burden for the less affluent. Investigation of each country separately reveals that inequality is of most importance for the female population, and especially for the middle-aged one, while no clear association was found for the males. Furthermore, negligence to adjust the models for the education level and the employment status could lead to an over-estimation of the inequality in obesity. Conclusion: The primary results attest to the existing literature, showing that a BMI with a value greater than 30 is most likely to be an encumbrance for those of low socioeconomic profiles. However, the extent of inequality in the European Union is found to be low. Effective preventive policies should address the low socioeconomic status female population in Europe, and special attention should be given to the middle-aged." (author's abstract)

[300-F] Pfortner, Timo-Kolja, Dipl.-Soz. (Bearbeitung):

**The relationship between poverty and health in Europe: a multilevel approach**

**INHALT:** Hypothese: Welche kontextuellen Bedrohungen sind für die Variation in der Beziehung zwischen Armut und Gesundheit in Europa verantwortlich? Erste Ergebnisse: Die Einkommensungleichheit, das Niveau der Freiwilligentätigkeit und das sozial-politische Engagement gegen gesellschaftliches Fehlverhalten sind mit der Beziehung zwischen Armut und Gesundheit signifikant assoziiert.

**METHODE:** 1. Ebene: Armut - Gesundheit, 2. Ebene: Einkommensungleichheit, sozialer Zusammenhalt, Infrastruktur, 3. Liberalismus. Untersuchungsdesign: Trend, Zeitreihe; Querschnitt *DATENGEWINNUNG:* Sekundäranalyse von Individualdaten (Stichprobe: ca. 350.000; Individuen; Herkunft der Daten: EU-SILC 2006 -umfasst 26 europäische Länder-; Auswahlverfahren: Zufall). Sekundäranalyse von Aggregatdaten (Stichprobe: 26; europäische Länder).

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** keine Angaben *ARBEITSPAPIERE:* Pfortner, Timo-Kolja: Armut und Gesundheit in Europa. Eine mehrbenenanalytische Betrachtung als Beitrag zur aktuellen Diskussion. Köln, 44 S.

**ART:** Dissertation; gefördert *BEGINN:* 2008-10 *AUFTRAGGEBER:* nein *FINANZIERER:* Deutsche Forschungsgemeinschaft

**INSTITUTION:** Universität Köln, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Graduiertenkolleg SOCLIFE (Richard-Straus-Str. 2, 50931 Köln)

**KONTAKT:** Bearbeiter (e-mail: [pfoerner@wiso.uni-koeln.de](mailto:pfoerner@wiso.uni-koeln.de))

[301-L] Reibling, Nadine; Wendt, Claus:

**Zugang und Nutzung von Gesundheitsversorgungsleistungen: Regulierung im europäischen Vergleich**, in: Hans-Georg Soeffner (Hrsg.) ; Kathy Kursawe (Mitarb.) ; Margrit Elsner (Mitarb.) ; Manja Adlt (Mitarb.): Unsichere Zeiten : Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen ; Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008. Bd. 1 u. 2, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2010, 2 S., ISBN: 978-3-531-16817-3

**INHALT:** "Im Gegensatz zu den USA wurden in Europa Gesundheitssysteme institutionalisiert, in denen praktisch die gesamte Bevölkerung via Bürgerrecht oder Versichertenstatus Zugang zum Gesundheitssystem hat. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den europäischen Ländern in Bezug darauf, wie stark und in welcher Form der Zugang zur Gesundheitsversorgung reguliert ist. Während einige Länder über Hausarztssysteme den Zugang zu Fachärzten beschränken, werden in anderen Ländern mit Hilfe von Zuzahlungsregelungen Anreize für eine Reduzierung der Nachfrage geschaffen. Die Einführung von Zugangsregulierungen geschieht häufig mit der Erwartung, die Effizienz zu erhöhen und Kosten zu senken. Dabei wird jedoch vernachlässigt, dass diese Regulierungen auch Auswirkungen auf die Gleichheit der Zugangschancen unterschiedlicher sozio-ökonomischer Gruppen haben. Auf der Basis der SHARE-Daten aus dem Jahr 2004 wird gezeigt, dass in Ländern mit starker Zugangsregulierung keine bzw. eine geringe Ungleichheit zwischen unterschiedlichen Bildungsgruppen bezüglich der Nutzung von Gesundheitsleistungen zu finden ist, wohingegen in wenig regulierten Ländern erhebliche Unterschiede zwischen diesen Gruppen gerade bei der Nutzung von Fachärzten vorliegen. Eine Regulierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung verringert somit die Ungleichheit zwischen Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen Bildungsniveaus bei der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen." (Autorenreferat)

[302-L] Richter, Matthias; Kruse, Christina; Steckling, Nadine:

**Ungleiche Gesundheitschancen im Jugendalter: eine internationale Perspektive**, in: Horst Hackauf (Hrsg.) ; Heike Ohlbrecht (Hrsg.): Jugend und Gesundheit : ein Forschungsüberblick, München: Juventa Verl., 2010, S. 18-43, ISBN: 978-3-7799-1752-6

**INHALT:** Die Verfasser legen Ergebnisse des Jugendgesundheits surveys vor. Sie untersuchen den Forschungsstand zur sozialen Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter. In einer Sonderauswertung der internationalen WHO-HBSC-Studie werden die subjektive Gesundheit, psychosomatische Gesundheitsbeschwerden, körperliche Aktivität, Ernährung, Tabakkonsum, Alkoholkonsum nach familiärem Wohlstand in sechs Ländern (Deutschland, England, Portugal, Schweden, Ukraine, USA) geschlechtsspezifisch untersucht. Die Autoren finden - ungeachtet der großen kulturellen Unterschiede - wichtige länderübergreifende Muster in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten. Sie formulieren Schlussfolgerungen zu Prävention und Gesundheitsverhalten. (ICE2)

[303-F] Shkolnikov, Vladimir M., Prof.Dr.; Jdanov, Dmitri A., Dr.; Andreev, Evgueni M., Dr.; Jasilionis, Domantas, Dr.; Grigoriev, Pavel; McKee, Martin, Dr.; Leon, David A., Dr.; Vallin, Jacques, Prof.; Meslé, France, Prof.; Amrozaitiene, D., Dr.; Stankuniene, V., Dr.; Kharkova, T., Dr. (Bearbeitung); Shkolnikov, Vladimir M., Prof.Dr. (Leitung):

#### **Mortality and health in Eastern Europe**

**INHALT:** This project includes numerous studies on mortality and health in Russia and Eastern Europe, its components and determinants. Special attention is paid to inter-country, inter-group, and inter-regional differentials. | *GEOGRAPHISCHER RAUM:* Eastern Europe

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Andreev, E.M.; Hoffmann, R.; Carlson, E.; Shkolnikov, V.M.; Kharkova, T.L.: Concentration of working-age male mortality among manual workers in urban Latvia and Russia, 1970-1989. in: *European Societies*, 11, 2009, 1, pp. 161-185.+++Leon, D.A.; Shkolnikov, V.M.; McKee, M.: Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis. in: *Addiction*, 104, 2009, 10, pp. 1630-1636.+++Andreev, E.M.; Pridemore, W.A.; Shkolnikov, V.M.; Antonova, O.I.: An investigation of the growing number of deaths of unidentified people in Russia. in: *European Journal of Public Health*, 18, 2008, 3, pp. 252-257.+++Andreev, E.M.; Jdanov, D.A.; Shkolnikov, V.M.: Smertnost' v Rossii cherez 15 let posle raspada SSSR: fakty i obiasneniia (in Russian). in: *SPERO*, 6, 2007, pp.

115-142.+++Jasilionis, D.; Jdanov, D.A.; Leinsalu, M.: Der Zusammenhang von Bildung und Lebenserwartung in Mittel- und Osteuropa. in: Jahrbuch der Max-Planck-Gesellschaft 2007: Tätigkeitsberichte, Zahlen, Fakten. 2007.+++Jasilionis, D.; Shkolnikov, V.M.; Andreev, E.M.; Jdanov, D.A.; Ambrozaitiene, D.; Stankuniene, V.; Meslé, F.; Vallin, J.: Sociocultural mortality differentials in Lithuania: results obtained by matching vital records with the 2001 census data. in: Population: English Edition, 62, 2007, 4, pp. 597-646.+++Leon, D.A.; Saburova, L.; Tomkins, S.; Andreev, E.M.; Kiryanov, N.; McKee, M.; Shkolnikov, V.M.: Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. in: Lancet, 369, 2009, 9578, pp. 2001-2009.+++Shkolnikov, V.M.; Jasilionis, D.; Andreev, E.M.; Jdanov, D.A.; Stankuniene, V.; Ambrozaitiene, D.: Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by education and marital status: evidence from the first record linkage study in Lithuania. in: Social Science and Medicine, 64, 2007, 7, pp. 1392-1406.+++McMichael, A.; McKee, M.; Shkolnikov, V.M.; Valkonen, T.: Mortality trends and setbacks: global convergence or divergence? in: Lancet, 363, 2004, 9415, pp. 1155-1159.+++Pridemore, W.A.; Shkolnikov, V.M.: Education and marriage as protective factors against homicide mortality: methodological and substantive findings from Moscow. in: Journal of Quantitative Criminology, 20, 2004, 2, pp. 173-187.

**ART:** keine Angabe **BEGINN:** 2003-01 **ENDE:** 2012-12 **AUFTRAGGEBER:** keine Angabe **FINANZIERER:** keine Angabe

**INSTITUTION:** Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock); Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels (Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock)

**KONTAKT:** Institution -Sekretariat- (Tel. 0381-2081-102, e-mail: liebich@demogr.mpg.de)

[304-F] Shkolnikov, Vladimir M., Prof.Dr.; Jdanov, Dmitri A., Dr.; Andreev, Evgueni M., Dr.; Jasilionis, Domantas, Dr.; Scholz, Rembrandt D., Dr.; Gaudecker, Hans-Martin von; Valkonen, Tapani; Vagerö, Denny, Dr.; Stankuniene, Vladislava, Prof.; Ambrozaitiene, Dalia, Prof.; Kravdal, Oysten, Prof. (Bearbeitung); Shkolnikov, Vladimir M., Prof.Dr. (Leitung):

**Mortality and life expectancy in population groups (vanguard project)**

**INHALT:** The project aims at studying mortality differentials in industrialized countries with a special focus on the lowest-mortality population groups as the prediction of the future mortality of the whole population. | **GEOGRAPHISCHER RAUM:** Finnland, Bundesrepublik Deutschland, Litauen, Norwegen, Schweden

**VERÖFFENTLICHUNGEN:** Andreev, E.M.; Jdanov, D.A.: Prodolzhitel'nost' zhizni: chem bol'she znaem, tem dol'she zhivem? (Life expectancy: the more we know the longer we live?). in: Foresight, Vol. 3, 2007, Iss. 3, pp. 49-52.+++Shkolnikov, V.M.; Scholz, R.D.; Jdanov, D.A.; Stegmann, M.; Gaudecker, H.-M. von: Length of life and the pensions of five million retired German men. in: European Journal of Public Health (ISSN 1101-1262), Vol. 2008, Iss. 3, pp. 264-269.+++Shkolnikov, V.M.; Jasilionis, D.; Andreev, E.M.; Jdanov, D.A.; Stankuniene, V.; Ambrozaitiene, D.: Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by education and marital status: evidence from the first record linkage study in Lithuania. in: Social Science and Medicine, 64, 2007, 7, pp. 1392-1406.

**ART:** keine Angabe **BEGINN:** 2006-01 **AUFTRAGGEBER:** keine Angabe **FINANZIERER:** keine Angabe

**INSTITUTION:** Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock); Universität Mannheim, Fak. für Rechtswissenschaft und VWL, Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und demographischer Wandel -MEA- (L13, 17, 68131 Mannheim)

**KONTAKT:** Shkolnikov, Vladimir M. (Prof.Dr. e-mail: shkolnikov@demogr.mpg.de)

[305-CSA] Stuckler, David; Biggs, Brian; King, Lawrence; Basu, Sanjay:

**Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America**, in: Social Science & Medicine, vol. 71, no. 2, pp. 266-273, 2010, ISSN: 0277-9536

**INHALT:** Despite findings indicating that both national income level and income inequality are each determinants of public health, few have studied how national income level, poverty and inequality interact with each other to influence public health outcomes. We analyzed the relationship between gross domestic product (GDP) per capita in purchasing power parity, extreme poverty rates, the gini coefficient for personal income and three common measures of public health: life expectancy, infant mortality rates, and tuberculosis (TB) mortality rates. Introducing poverty and inequality as modifying factors, we then assessed whether the relationship between GDP and health differed during times of increasing, decreasing, and decreasing or constant poverty and inequality. Data were taken from twenty-two Latin American countries from 1960 to 2007 from the December 2008 World Bank World Development Indicators, World Health Organization Global Tuberculosis Database 2008, and the Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean. Consistent with previous studies, we found increases in GDP have a sizable positive impact on population health. However, the strength of the relationship is powerfully influenced by changing levels of poverty and inequality. When poverty was increasing, greater GDP had no significant effect on life expectancy or TB mortality, and only led to a small reduction in infant mortality rates. When inequality was rising, greater GDP had only a modest effect on life expectancy and infant mortality rates, and no effect on TB mortality rates. In sharp contrast, during times of decreasing or constant poverty and inequality, there was a very strong relationship between increasing GDP and higher life expectancy and lower TB and infant mortality rates. Finally, inequality and poverty were found to exert independent, substantial effects on the relationship between national income level and health. Wealthier is indeed healthier, but how much healthier depends on how increases in wealth are distributed. [Copyright Elsevier Ltd.]

[306-L] Theobald, Hildegard:

**Pflegepolitik, Sorgetätigkeiten und Ungleichheit: europäische Perspektiven**, in: Sozialer Fortschritt : unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, Jg. 59/2010, H. 2, S. 31-39 (Standort: USB Köln(38)-Haa1098; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; dx.doi.org/10.3790/sfo.59.2.31)

**INHALT:** "Seit Ende der 1990er Jahre wird in der international vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung die gemeinsame Analyse von Verteilungswirkungen von Sozialpolitiken auf soziale - und Geschlechterungleichheit gefordert. Am Beispiel der Pflegekräfte in der Altenbetreuung wird in dem Beitrag der Einfluss pflegepolitischer Regelungen auf das Zusammenspiel unterschiedlicher Formen von Ungleichheiten untersucht. Der Beitrag geht zunächst von der Hypothese aus, dass grundlegende Dimensionen pflegepolitischer Regulierungen - Zugangskriterien, Definition sozialstaatlich gesicherter Bereiche, Niveau der Absicherung und Leistungsformen - den Prozess der Formalisierung der Pflegetätigkeiten bestimmen. Die Ausformung des Prozesses wiederum trägt entscheidend zur Entwicklung der Ungleichheitsdynamiken bei. Theoretisch bezieht sich der Beitrag auf international vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschungen zu 'social care oder Sorgetätigkeiten'. Empirisch werden mit Schweden, Deutschland und Italien drei Ländern mit unterschiedlichen Pflegepolitiken verglichen." (Autorenreferat)

[307-L] Theobald, Hildegard:

**Care-Politiken, Care-Arbeitsmarkt und Ungleichheit: Schweden, Deutschland und Italien im Vergleich**, in: Berliner Journal für Soziologie, Bd. 18/2008, H. 2, S. 257-281 (Standort: USB Köln(38)-XG07112; Kopie über den Literaturdienst erhältlich; dx.doi.org/10.1007/s11609-008-0018-3)

**INHALT:** "Der soziale und demografische Wandel führte in den westlichen Ländern zu einer (Neu-)Definition sozialer Rechte zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit und damit zu einer Neu-regulierung der Care-Arbeit. Care- oder Fürsorgetätigkeiten wurden zunehmend in öffentlichen Sektoren - Markt, Staat oder Zivilgesellschaft - verortet, während gleichzeitig informelle, familiäre Care-Aktivitäten vermehrt direkt auf der Basis von Geldleistungen unterstützt wurden. Ausgehend von dem theoretischen Konzept 'Social Care' wird der Zusammenhang zwischen der (Neu-)Definition von sozialen Rechten und der Etablierung eines regulären und grauen Care-Arbeitsmarkts sowie die damit einhergehende Entwicklung unterschiedlicher Formen von Ungleichheit - nach Geschlecht, sozio-ökonomischer Klasse und Ethnizität - in einem empirischen Vergleich zwischen Schweden, Deutschland und Italien untersucht. Die Ergebnisse des Ländervergleichs zeigen, dass insbesondere

die in sozialen Rechten definierten Zugangskriterien zu Leistungen und deren Umfang und Form entscheidend werden für die Ausformung eines regulären oder grauen Care-Arbeitsmarkts und einer darauf aufbauenden Hierarchisierung dieses nach wie vor weiblich konnotierten Arbeitsbereichs nach sozio-ökonomischer Klasse und Ethnizität." (Autorenreferat)

[308-CSA] Tognetti, Bordogna Mara; Olivadoti, Simona:

**Social Class and Health Inequality in Italy**, International Sociological Association, Gothenburg, Sweden, 2010

**INHALT:** A society with a universal healthcare system but in which health inequalities persist, confirms the hypothesis that health is strongly influenced by living conditions, employment, income and education. This association between social class & health, is also underlined by Marmot (2002), who claims that more than the money itself, the social position is most important. Starting from this premise, amply confirmed, we will explain the main theoretical models of social science that define & provide conceptual tools for explaining inequalities in health. Objective of the paper will be to make a review of the literature on the major theories documenting how this relationship is still strongly present today. In the second part we will focus on the current state of the research in Italy, with great emphasis on the health situation of immigrants, because this is the segment of the Italian population which mainly represent the lower social classes. On the basis of the main results found in the literature & using international and national studies, we will try to prove that such inequalities do not originate, at least not exclusively, by the health system, but they are the result of other factors including the environment, lifestyle & social class. The relationship between health and social class is a current of research with a long tradition, as showed by the studies on the working class of Engels, the dispute between the psycho-social approach of Wilkinson & the neo-materialist approach of Lynch. Investigating health inequalities is equivalent to study the way in which health is spread across a population & to associate with it some features of social type that diversify the same population. The paper will use a multidisciplinary approach, integrating the sociological theories on social classes along with an epidemiological interpretation, in order to verify how explanatory models about inequalities are still valid.

[309-L] Wilkinson, Richard G.; Pickett, Kate E.:

**Das Problem relativer Deprivation: Warum einige Gesellschaften erfolgreicher sind als andere**, in: Ullrich Bauer (Hrsg.) ; Uwe H. Bittlingmayer (Hrsg.) ; Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., 2008, S. 59-86, ISBN: 978-3-531-15612-5

**INHALT:** Auf der Grundlage empirischer Befunde argumentieren die Verfasser, dass sich das konkrete Maß gesamtgesellschaftlicher Ungleichheit auf die relative Deprivation der sozial Benachteiligten Gruppen entlang der unterschiedlichsten gesundheitsrelevanten Dimensionen auswirkt. Je höher dabei die gesamtgesellschaftliche Ungleichheit in Form der Einkommensspreizung ist, desto massiver sind die Indikatoren für gesundheitliche Ungleichheiten. Es wird gezeigt, dass die erfolgreiche Steigerung allgemeiner nationaler Standards sehr stark von einer Verringerung der Ungleichheiten in den jeweiligen Ländern abhängig zu sein scheint. Die Verringerung von Ungleichheiten könnte demnach nicht nur das Gesamtniveau gesundheitlicher Lebenschancen in der Bevölkerung verbessern, sondern auch das Leistungsniveau der Schulkinder. Wenn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur einen Bruchteil von zahlreichen gesellschaftlichen Problemlagen darstellen, die alle mit relativer Benachteiligung in Zusammenhang stehen und daher auch in vergleichsweise egalitären Ländern weniger verbreitet sind, dann verspricht, die zugrundeliegenden Ungleichheiten substanziell anzugehen, einen weit beträchtlicheren und umfassenderen Nutzen. (ICF2)

---

**Personenregister****A**

Abel, Thomas 191, 192  
Abholz, H.-H. 116  
Ackermann Rau, Sabine 182  
Ahmed, Rashid 98  
Ahnquist, Johanna 85  
Aiach, Pierre 5  
Aiello, Allison 135  
Allanson, Paul 66  
Allin, Sara 104  
Altgeld, Thomas 193  
Ambrozaitiene, Dalia 303, 304  
Amick, Benjamin C 48  
Andersen, Anette 156  
Andreassen, Hege Kristin 15  
Andreev, Evgueni M. 303, 304  
Annandale, Ellen 1  
Anson, Ofra 177  
Arnhold-Kerri, Sonja 67  
Aßmann, Sabine 105

**B**

Backett-Milburn, Kathryn 94  
Balck, Friedrich 105  
Bär, Gesine 194  
Bartley, Mel 2, 237  
Basu, Sanjay 305  
Bates, Lisa Michelle 99  
Bauer, Ullrich 3, 4, 9, 49, 106, 195, 276  
Baumann, Michele 5  
Beam Dowd, Jennifer 100  
Becker, N. 116  
Becker, Simone 61  
Behrens, Johann 6, 7  
Benach, Joan 231, 262, 298  
Berg, Philipp 206  
Berg-Beckdorf, Gabriele 60  
Berger, Ursula 8  
Beuels, Franz-R. 136, 201  
Biggs, Brian 305  
Bilz, Ludwig 137  
Bingham, S. 71  
Bittlingmayer, Uwe H. 3, 4, 9, 10, 49, 196, 238, 265  
Blackman, Tim 198, 240, 274, 296  
Blackman, T J 275  
Blacksher, Erika 244  
Blane, David 2, 138  
Blewett, Lynn A. 107  
Bockerman, Petri 102  
Böhn, Karin 155  
Bolliger-Salzmann, Heinz 191

Bolte, Gabriele 26  
Borchert, Lars 62, 139, 140, 189  
Borgetto, Bernhard 108  
Borrell, Carme 121, 298  
Bösl, Elsbeth 11  
Bosma, Hans 197  
Braun, Bernard 109  
Brause, Michaela 133  
Breen, Nancy 35  
Brennenstuhl, Sarah 38  
Bryant, Toba 44  
Buchheister, Claudia 287  
Buchhorn, Reiner 68  
Budowski, Monica 63  
Burgard, Sarah A. 141  
Burstrom, Bo 298  
Burton-Jeangros, Claudine 142  
Büscher, Andreas 106, 110  
Buyx, Alena 239  
Byrne, David 198, 240

**C**

Cambois, Emmanuelle 64  
Carlisle, Sandra 241  
Carmalt, Jean Connolly 18  
Castedo, Antia 231  
Castro, Ruben E. 89  
Castro-Martin, Teresa 277  
Cattacin Sandro 111  
Chan, Moon Fai 278  
Chappell, Neena L 21  
Chaufan, Claudia 234  
Christensen, Kaare 92  
Clarke, Philip Miles 112  
Costa, Giuseppe 298  
Costa-Font, Joan 281  
Couceiro, Marina 113  
Crawshaw, Paul 12, 13  
Cunich, Michelle 112  
Curtis, Sarah 47

**D**

Dahl, Espen 37, 242, 259  
Dallinger, Ursula 279  
Daniels, Doria 98  
Davey Smith, George 143  
Davy, Ulrike 243  
Deboosere, Patrick 298  
Diviani, Nicola 14  
Doblhammer-Reiter, Gabriele 72, 280, 282  
Dowd, Jennifer Beam 135  
Dragano, Nico 144, 145, 197



- Dreißig, Verena 114  
 Driller, Elke 42  
 Due, Pernille 156  
 Dümmler, Kerstin 154  
 Dyb, Kari 15
- E**  
 Ebbinghaus, Bernhard 126  
 Elkeles, Thomas 16, 146, 147  
 Ellert, Ute 184  
 Elliott, Eva 274, 275, 296  
 Elo, Irma T. 17, 90  
 the EMCONET Network 231  
 Emmelin, Maria 65  
 Engelhardt, Henriette 170  
 Engelmann, Fabian 254  
 Erhart, Michael 148, 149, 150, 181, 199  
 Eriksson, Malin 65  
 Ernstmann, Nicole 42  
 Espelt, Albert 121, 298  
 Espey, Claire 244  
 Exworthy, Mark 252
- F**  
 Faubion, Todd 18  
 Felder, Stefan 115  
 Fenelon, Andrew T. 90  
 FitzGerald, Edmund Maurice 112  
 Flandorfer, Priska 200  
 Flecha, Ainhoa 222  
 Fleurbaey, Marc 52  
 Fliegenschnee, Katrin 200  
 Ford, Chandra L. 19  
 Franzini, Luisa 48, 267  
 Freund, Peter 20  
 Frevel, Bernhard 245  
 Freynik, Petra 136, 201  
 Friedel, Heiko 144  
 Friedrich, Linda 233  
 Fritzell, Johan 242  
 Fuchs, A. 116  
 Funk, Laura M 21
- G**  
 Garcia, Rocio 222  
 Garrido-Cumbrera, Marco 121  
 Gaskin, Darrell 271  
 Gaudecker, Hans-Martin von 304  
 Gee, Gilbert C. 19  
 Geene, Raimund 151, 246  
 Gerdtham, Ulf-G. 66  
 Gerlach, Heli 116  
 Gerlinger, Thomas 109, 117, 247, 248  
 Geyer, Siegfried 22, 67, 68  
 Gibbons, Michael Chris 129  
 Gil, Joan 281  
 Gold, Carola 151
- Görl, Tilo 287  
 Gwald, Antje 103  
 Graham, Hilary 156, 249  
 Grau, Silke 287  
 Greene, A 274, 275, 296  
 Griffith, D.M. 202  
 Grigoriev, Pavel 280, 303  
 Grigorieva, Olga 282  
 Gruber, Stefan 118  
 Gunter, K. 202  
 Gusmano, Michael 104
- H**  
 Habl, Claudia 69  
 Hackauf, Horst 152, 153, 203, 283  
 Hhne, Cornelia 154  
 Hankivsky, Olena 99  
 Harper, Sam 35  
 Hrpfers, Marco 119  
 Harrington, Barbara 274, 275, 296  
 Harrist, Ronald B 48  
 Hartmann, Anja 23, 204  
 Hatzenbuehler, Stephanie 24  
 Hehlmann, Thomas 133  
 Hein, Wolfgang 284  
 Helakorpi, Satu 102  
 Helmert, Uwe 79, 88  
 Hensen, Gregor 250  
 Hensen, Peter 250  
 Heritage, Z 285  
 Hien, Wolfgang 2, 205  
 Hoffmann, Elke 155  
 Hoffmann, Rasmus 286  
 Hokema, Anna 155  
 Hölling, Heike 78, 80  
 Holstein, Bjorn E. 156  
 Holtmann, Dieter 287  
 Holze, Sigrun 251  
 Homfeldt, Hans Günther 157, 158  
 Hoque, Nazrul 70  
 Huijts, Tim 294  
 Huisman, Matijn 159  
 Hunter, David J. 252, 274, 275, 296  
 Hurrelmann, Klaus 2, 46, 79, 95, 199, 253
- J**  
 Jacobi, Frank 79  
 Janßen, Christian 120  
 Jasilionis, Domantas 303, 304  
 Jdanov, Dmitri A. 303, 304  
 Joe, W 174  
 Johansson, Edvard 102  
 Jung, Julia 42  
 Jungbauer-Gans, Monika 25, 160, 203  
 Jürges, Hendrik 288, 289, 290

**K**

Kamtsiuris, Panagiotis 77  
Kang, Eunjeong 291  
Karbach, Ute 42  
Karlsson, Martin 295  
Karvonen, Sakari 179  
Kharkova, T. 303  
Khaw, K-T 71  
Kiesel, Markus 118  
Kilian, Christine 206  
Kilian, Holger 254  
Kim, Jinhyun 291  
King, Lawrence 305  
King, Nicholas B. 35  
Kinmonth, A-L 71  
Klein, Anne 11  
Klein, Thomas 224  
Klever-Deichert, Gabriele 207  
Klocke, Andreas 95, 161, 162  
Klotz, Johannes 72  
Knecht, Andrea 190  
Knesebeck, Olaf von dem 73, 163, 164  
Knöpfel, Carlo 272  
Kobayashi, Miki 292, 293  
Kohler, Iliana V. 90  
Kohlhuber, Martina 26  
Kolba, Nicole 108  
Kolip, Petra 2, 27, 30  
Kondo, Katsunori 165  
König, Claudia 74  
König, Thomas 255  
Kowalski, Christoph 42  
Kraaykamp, Gerbert 294  
Krause, Peter 79  
Kravdal, Oystein 75  
Kravdal, Oysten 304  
Kristenson, Margareta 208  
Kriwy, Peter 160  
Kroll, Lars Eric 28, 29, 76, 257  
Krolner, Rikke 156  
Kruse, Christina 302  
Kuchinke, Björn A. 131  
Kuh, Diana 178  
Kuhlmann, Ellen 30  
Kuhlmey, Adelheid 166  
Kümpers, Susanne 167, 247, 256  
Kunst, Anton 121, 242, 298  
Kuntz, Benjamin 53, 209, 210, 211, 212  
Kurth, Bärbel-Maria 32, 77, 78, 80

**L**

Laaksonen, Mikko 31  
Laborde, Caroline 64  
Lahelma, Eero 31, 242  
Lampert, Thomas 28, 32, 33, 34, 76, 79, 80,  
81, 82, 155, 168, 169, 184, 186, 220,  
257

Lange, Cornelia 28, 83  
Lange, Dominique 213  
LaVeist, Thomas A. 271  
Lee, Tae-Jin 291  
Leeson, George 295  
Lenhardt, Uwe 247  
Lenthe, Frank van 258  
Lenz, Thomas 236  
Lenzen, Jochen 214  
Leon, David A. 303  
Leonhäuser, Ingrid-Ute 233  
Leopold, Liliya 170  
Letzel, Stefan 40  
Lie, Marit 259  
Liebsch, Katharina 171  
Lierse, Meike 133  
Lindstrom, Martin 84  
Link, Bruce G. 268  
List, Sabine 155  
Loges, Frank N. 206  
Low, M David 267  
Luben, R. 71  
Lukas-Nülle, Martina 133  
Lüngen, Markus 122, 123  
Lynch, John 35  
Lyttekens, Carl Hampus 295

**M**

Maas, Ineke 168  
Mackenbach, Johan 36, 242  
Mägdefrau, Hannah 190  
Malmberg-Heimonen, Ira 37  
Malmusi, Davide 262  
Mansdotter, Anna 85  
Mansyur, Carol Leler 48  
Marckmann, Georg 266  
Mardorf, Silke 155  
Marinacci, Chiara 298  
Marks, Linda 274, 275, 296  
Marmot, Michael 55, 56  
Martens, Rudolf 172  
Martikainen, Pekka 31, 90, 242  
Martinez, Jose Miguel 262  
Masia, Maurizia 63  
Mayer, Karl Ulrich 168  
McDonough, Peggy 38  
McFadden, E. 71  
McGehee, Mary A. 70  
McKee, L 275  
McKee, Lorna 274, 296  
McKee, Martin 303  
Meersman, Stephen C. 35  
Melzer, Wolfgang 95, 137  
Menning, Sonja 155  
Mensink, Gert 80  
Mésle, France 303  
Metzl, J.M. 202

Mielck, Andreas 39, 163, 260, 261  
 Milesi, Carolina 187  
 Mischke, Monika 297  
 Mishra, U S 174  
 Monden, Christiaan W. S. 294  
 Mosavel, Maghboeba 98  
 Motel-Klingebliel, Andreas 87  
 Muff, Christine 215  
 Müller, Rolf 79, 88  
 Münster, Eva 40  
 Muntaner, Carles 231, 262, 298  
 Murty, Sharanya 267  
 Mutz, Michael 287  
 Myrskylä, Mikko 89, 90

**N**

Navaneetham, K 174  
 Navarro, Vicente 298  
 Netuveli, Gopalakrishnan 2, 138  
 Ng, Nawi 65  
 Nickel, Jennifer 216  
 Niehaus, Mathilde 41  
 Nikolaou, Agelike 299  
 Nikolaou, Dimitrios 299  
 Nilsson, Therese 91, 295  
 Nietzsche, Anika 42  
 Norozi, Kambiz 68  
 Nöthen, Manuela 155

**O**

Ohlbrecht, Heike 152, 153, 175, 217  
 Oksuzyan, Anna 92  
 Olafsdottir, Sigrun 126  
 Olivadoti, Simona 308  
 Oliver Razum 60  
 Ommen, Oliver 42  
 Oshio, Takashi 292, 293  
 Ottova, Veronika 176

**P**

Palencia, Laia 121  
 Palloni, Alberto 187  
 Paran, Ester 177  
 Paserin, M Isabel 121, 298  
 Perry, Brea L. 124  
 Peter, Claudia 125  
 Peter, Richard 67  
 Petersen, Jesper 84  
 Petrie, Dennis 66  
 Pfaff, Holger 42  
 Pfeifer, Michaela 297  
 Pfortner, Timo-Kolja 300  
 Phelan, Jo C. 268  
 Pickett, Kate E. 309  
 Platt, Stephen 94  
 Pokora, Andrea 225  
 Power, Chris 178

Puls, Wichard 218

**Q**

Quesnel-Vallee, Amelie 38, 43

**R**

Rahkonen, Ossi 31, 179  
 Ramos, Javier 231  
 Rankin, David 94  
 Raphael, Dennis 44  
 Rasmussen, Mette 156  
 Rathmann, Katharina 180, 253  
 Rauprich, Oliver 263  
 Ravens-Sieberer, Ulrike 95, 148, 149, 150, 181, 199, 216  
 Razum, Oliver 8, 45  
 Regidor, Enrique 298  
 Reibling, Nadine 126, 127, 301  
 Reichelt, Angela 209  
 Reichman, Marsha E. 35  
 Renschler, Isabelle 111  
 Richter, Antje 219  
 Richter, Matthias 3, 4, 9, 46, 49, 79, 95, 96, 176, 182, 197, 216, 220, 253, 302  
 Rid, Annette 264  
 Riegraf, Birgit 128  
 Rigby, Elizabeth 244  
 Riva, Mylene 47  
 Rivera Casale, Cecilia 129  
 Roberts, Robert E 48  
 Robine, Jean-Marie 64  
 Rodriguez-Sanz, Maica 121, 298  
 Romieu, Isabelle 64  
 Rose, Stephen M. 24  
 Rosenbrock, Rolf 183, 221, 256  
 Roskam, Albert-Jan 298  
 Rothgang, Heinz 62, 139  
 Rudd, Rima 222

**S**

Sahrai, Diana 2, 9, 10, 49, 50, 196, 265  
 Sander, Monika 130  
 Santana, Paula 298  
 Santana, Vilma 231  
 Saß, Anke-Christine 81, 155, 184  
 Sauer, Michael 269  
 Sauerland, Dirk 131  
 Schaap, Maartje 298  
 Schaeffer, Doris 166  
 Scheidt-Nave, Christa 77  
 Schelhase, Torsten 155  
 Schenk, Liane 149, 185  
 Schlaud, Martin 78  
 Schmidtke, Kerstin 97  
 Schnabel, Peter-Ernst 10, 223, 265  
 Schneider, Björn 224  
 Schneider, Sven 51, 225

Schneider, Udo 101  
Schokkaert, Erik 52  
Scholz, Rembrandt D. 304  
Schori, Dominik 192  
Schott, Thomas 53  
Schulze, Alexander 54  
Schulz-Nieswandt, Frank 269  
Schütz, Benjamin 155  
Scott-Samuel, Alex 12  
Sebinger, Sarah 273  
Settertobulte, Wolfgang 216, 226  
Seyda, Susanne 186  
Shkolnikov, Vladimir M. 303, 304  
Siegrist, Johannes 55, 56, 57, 145  
Simon, Christian 98  
Smith, Katherine E 274  
Smith, K E 275  
Solar, Orielle 231  
Sommerwerck-Weber, Peter 227  
Sperlich, Stefanie 228  
Springer, Kristin W. 99  
Stanistreet, Debbi 12  
Stankuniene, Vladislava 303, 304  
Steckling, Nadine 302  
Stephens, Carolyn 229  
Sterthal, Michelle 58  
Sting, Stephan 59  
Stone, Juliet 2, 138  
Strasser, Hermann 227  
Strech, Daniel 266  
Stuckler, David 305  
Sverdlik, Alice 230  
Swanson, David A. 70  
Swint, J Michael 267

**T**

Tehranifar, Parisa 268  
Tesch-Römer, Clemens 87, 155  
Theobald, Hildegard 132, 279, 306, 307  
Thier, Rebecca 209  
Tiesmeyer, Karin 133  
Tillmann, Robin 63  
Timm, Andreas 79  
Todd, Megan 100  
Tognetti, Bordogna Mara 308  
Tonoyan, Tamara 269  
Törne, Ingolf von 123  
Torp, Cornelius 270  
Trab Damsgaard, Mogens 156  
Trujillo, Antonio J. 271  
Turner, Alyn 187

**U**

Ulrich, Volker 101  
Uutela, Antti 102

**V**

Vagerö, Denny 304  
Valkonen, Tapani 304  
Vallin, Jacques 303  
Vanroelen, Christophe 231  
Vaupel, James W. 92  
Vergara, Montserrat 231  
Vester, Michael 2, 232  
Viehöver, Willy 188  
Villiger, Simone 272  
Viswanath, Kasisomayajula 14  
Voges, Wolfgang 62, 79, 88, 119, 189  
Voigt, Mathias 280  
Voigtländer, Sven 8, 45, 60

**W**

Wächter, Marcus 219  
Wagner, Gert G. 79  
Waldschmidt, Anne 11  
Walter, Carina 233  
Wamala, Sarah 85  
Wareham, N. 71  
Wegener, Bernd 180  
Weidmann, Christian 103  
Weinshall, Lars 65  
Weitz, Rose 234  
Wendt, Claus 134, 297, 301  
Wesenauer, Andrea 273  
Wessel, Armin 68  
Weyers, Simone 197, 235  
White, Robert G. 187  
Wiemer, Eric D. 142  
Wilkinson, Richard G. 309  
Wille, Nora 150  
Williams, David R. 58  
Williams, Gareth H 274, 275, 296  
Wistow, Jonathan 198, 240  
Wittenberg, Reinhard 190  
Wollny, A. 116  
Wright, Eric R. 124  
Wright, Michael T. 247  
Wübker, Ansgar 131  
Wurm, Susanne 87, 155

**Y**

Yang, Bong-Min 291  
Yasui, Yutaka 262

**Z**

Zajacova, Anna 135, 141  
Ziese, Thomas 28, 32, 155  
Zillien, Nicole 236  
Zoege, Monika 68



---

**Sachregister****A**

Access 104, 112, 113, 281  
Activities of Daily Living 295  
Adolescent Mothers 98  
Adolescents 98  
Adoleszenz 226  
Adults 187  
Afrika 116  
Afrikaner 116  
Afrika südlich der Sahara 116  
Akteur 117, 142, 284  
Aktionsforschung 10  
Aktivierung 206  
Aktivität 61, 170  
Akzeptanz 125, 277  
Alkohol 218  
Alkoholkonsum 83, 89, 169, 216, 218, 283, 302  
allein erziehender Elternteil 242  
Alleinstehender 277  
Allokation 115, 264  
alte Bundesländer 32, 45, 60, 158, 280  
Altenhilfe 157  
Altenpflege 132, 157, 189  
Altenpolitik 166  
Alter 3, 16, 30, 64, 83, 155, 159, 164, 167, 168  
älterer Arbeitnehmer 64, 185  
alter Mensch 28, 41, 46, 61, 62, 64, 72, 87, 106, 110, 126, 132, 139, 140, 155, 158, 159, 163, 164, 166, 167, 168, 170, 184, 185, 188, 189, 250, 256, 282, 288, 307  
Altern 6, 64, 87, 157, 166, 185  
Altersgruppe 64  
Alterskrankheit 64  
Alterssoziologie 164  
altersspezifische Faktoren 64, 215, 282  
Altersstruktur 61  
Altersvorsorge 243  
ambulante Versorgung 166, 276  
amtliche Statistik 139  
Anamnese 145  
Angestellter 189  
Angst 152  
Antipoverty Programs 197  
Anwendung 218  
Arbeit 247  
Arbeiter 189  
arbeitsbedingte Krankheit 144, 218  
Arbeitsbedingungen 205, 212, 218, 257  
Arbeitsbelastung 51, 88, 144  
Arbeitslosengeld 16

Arbeitslosigkeit 3, 16, 23, 270, 297  
Arbeitsmarkt 29, 209, 307  
Arbeitsmigration 132  
Arbeitsorientierung 16  
Arbeitssituation 245  
Architektur 191  
Armut 10, 25, 32, 33, 34, 40, 51, 59, 63, 64, 79, 97, 105, 146, 151, 152, 172, 175, 183, 201, 206, 214, 217, 227, 243, 249, 256, 269, 272, 283, 287, 299, 300  
Armutsbekämpfung 162, 257, 269  
Arzneimittel 115, 171  
Arzneimittelmarkt 247  
Arzt 109, 114, 116, 118, 130, 134, 200  
ärztlicher Dienst 109  
Arzt-Patient-Beziehung 109, 114, 116, 122  
Arztpraxis 116  
Arztwahl 134, 297  
Asien 159, 278, 309  
Ätiologie 276  
Aufmerksamkeit 171  
Ausländer 50, 114, 116, 130, 158  
Australia 112  
Australien 143, 276, 309

**B**

Baden-Württemberg 108  
Baltikum 132, 304  
Bayern 160, 190, 233  
Bedarfsdeckung 270  
Bedeutung 144  
Bedürfnis 57, 269, 282  
Bedürftigkeit 270  
Behinderter 11, 41  
Behinderung 11, 41, 83, 125  
Beitragssatz 109  
Belastbarkeit 173  
Belgien 159, 301, 309  
Benachteiligtenförderung 214, 223, 249  
Benachteiligung 23, 56, 59, 63, 74, 105, 111, 114, 117, 144, 151, 164, 175, 214, 221, 225, 228, 242, 273, 283  
Berichterstattung 79  
Beruf 22, 31, 140, 184, 189, 272  
berufliche Integration 257  
Berufsanforderungen 57, 144, 218  
Berufsaussicht 68  
Berufsbildung 83  
Berufssituation 122  
Beschaffung 236  
Beschäftigung 72  
Betrieb 194, 273

- Betroffener 206  
 Bevölkerung 36, 55, 56, 76, 79, 103, 204, 206, 242, 269, 297  
 Bevölkerungsentwicklung 28, 161, 278, 280  
 Bevölkerungsgruppe 79, 128, 201, 304  
 Bewohner 39, 206  
 Bewusstsein 232  
 Bildung 72, 83, 97, 118, 161, 170, 183, 201, 206, 209, 210, 211, 212, 287, 288, 289, 301  
 Bildungsabschluss 31, 159, 170, 186, 272, 286  
 Bildungschance 209, 210, 245  
 Bildungsexpansion 72  
 Bildungsinvestition 212, 257  
 Bildungsmobilität 211  
 Bildungsniveau 61, 79, 122, 134, 163, 184, 211, 212, 215, 288, 299  
 Bildungspolitik 212  
 Biologie 6  
 biologische Faktoren 6, 208  
 Blacks 202  
 Body Weight 35, 141  
 Bourdieu, P. 6, 192, 195, 196, 232  
 Bund-Länder-Beziehung 194  
 Bürgerrecht 279  
 bürgerschaftliches Engagement 300  
 Burnout 173, 228
- C**
- Cancer 98, 198, 240  
 Cape Town, South Africa 98  
 Central Government 252  
 Chancengleichheit 59, 74, 80, 115, 167, 210, 214, 219, 221, 264  
 Child health 174  
 Childhood Factors 187  
 Children 135  
 chronische Krankheit 7, 83, 86, 88, 105, 106, 126, 133, 150, 195, 199  
 Class Differences 94  
 Class struggle 121  
 Climate Change 230  
 Commissions 99  
 Community Involvement 241  
 Comparative Analysis 198, 240, 290, 296  
 Computer 236  
 Consumers 35  
 Consumption 91, 102  
 Coping-Verhalten 80, 125, 195, 208, 232  
 Cultural Capital 21, 37, 65, 127, 294
- D**
- Dänemark 3, 143, 249, 286, 309  
 Daten 78, 81, 101  
 DDR 29  
 Decentralization 252, 281  
 Decentralization in government 275  
 Definition 6, 307  
 Delivery Systems 94  
 demographische Alterung 28, 155, 161, 168, 185, 188  
 demographische Faktoren 180, 204  
 demographische Lage 185  
 Demokratische Republik Kongo 116  
 Dental Care 112  
 Departments 252  
 Depression 170  
 Deprivation 3, 258, 309  
 deutscher Sprachraum 51  
 Deutung 11, 223  
 Developing Countries 91, 295  
 Diagnostik 7  
 Dienstleistung 131, 132, 251  
 Dienstleistungsgesellschaft 287  
 Diet 165  
 Differenzierung 8, 16, 30, 39, 109, 117, 168, 235  
 Disadvantaged 35, 94, 244  
 Discrimination 271  
 Diseases 12, 35, 43, 230  
 Diskriminierung 87, 105, 116, 131, 164, 171  
 Diskurs 27, 166, 261  
 Diskussion 276  
 Disziplin 188  
 Drogenkonsum 216, 283  
 Dynamik 142
- E**
- Economic Development 48  
 Education 290  
 Educational Attainment 293, 294  
 Educational Inequality 294  
 Egalitarismus 1  
 Ehescheidung 63  
 Eigentum 31  
 Einfluss 54, 63, 78, 139  
 Einkommen 22, 25, 75, 76, 79, 97, 144, 163, 184, 186, 196, 272, 287, 289, 299, 300, 301  
 Einkommensunterschied 39, 76, 168, 235, 257, 286, 289, 299, 309  
 Einkommensverteilung 59, 299  
 Einschulung 133, 160  
 Einstellung 125, 232, 297  
 Einwohner 75  
 Elderly 104, 141, 177, 290  
 elektronische Medien 169  
 Eltern 90, 125, 181, 211, 216  
 Elternarbeit 10  
 Elternbildung 10, 201  
 Eltern-Kind-Beziehung 125, 173, 175  
 Emanzipation 193  
 Embodiment 24

- empirische Sozialforschung 110, 138, 162  
Employment 231  
Empowerment 24, 152, 192, 203, 228  
Engagement 206  
England 104, 198, 240  
Entscheidung 264  
Entwicklungsland 116, 159, 278  
Entwicklungsstörung 201  
Epidemiologie 2, 9, 138, 145, 150, 168, 184, 196, 205, 261  
Equality 107, 174, 259, 271  
Equity 35  
Erfahrung 57, 153  
Erfolg-Misserfolg 194, 228  
Erhebungsmethode 299  
Erklärung 3, 4, 16, 31, 36, 46, 50, 143, 150, 159, 218, 237, 260  
Ernährung 34, 80, 83, 154, 213, 215, 233, 235, 283, 302  
erste Generation 130  
Erwachsenenalter 143, 145, 178  
Erwachsener 32, 34, 46, 77, 90, 180  
Erwartung 11, 171, 276  
Erwerbsarbeit 16, 57  
Erwerbstätigkeit 181  
Erziehung 201  
Essstörung 169  
Essverhalten 215, 233  
Estland 132  
Ethik 125, 188, 261, 264, 266  
Ethnic Groups 19, 85  
ethnische Gruppe 116  
ethnische Struktur 196  
Ethnizität 50, 185, 196, 276, 307  
Ethnography 241  
Ethnologie 196  
EU 51, 164, 243, 299, 300, 301  
Europa 36, 46, 55, 56, 134, 155, 170, 178, 208, 237, 242, 258, 282, 288, 289, 297, 300, 303, 306  
Europäische Kommission 51  
Europäisierung 243  
Europe 290, 294, 298  
EU-Staat 203, 283  
Evaluation 10, 71, 194, 203, 265  
Existenzminimum 243  
Exklusion 23, 111, 128, 171, 217, 279  
Experiments 252  
Experte 118  
Expertenbefragung 200
- F**  
Facharzt 301  
Fairness 264  
Faktorenanalyse 97  
familiäre Sozialisation 175, 186  
Familie 3, 16, 33, 95, 96, 128, 142, 151, 173, 175, 176, 186, 201, 217, 279, 297  
Familie-Beruf 142, 297  
Familienangehöriger 189  
Familienform 175  
Familienpflege 132  
Familienpolitik 257, 279, 297  
Familiensituation 122, 277  
Familienstand 89, 189, 277, 286  
Family 222  
Fehlernährung 215  
Feldtheorie 142  
Females 65  
Feminismus 1  
Fettsucht 32, 299  
Fieldwork 98  
Financial Support 113, 281  
finanzielle Situation 16  
Finnland 31, 143, 159, 304, 309  
Flexibilität 30  
Förderungsprogramm 254  
Forschung 9, 23, 253  
Forschungsansatz 1, 2, 3, 4, 11, 29, 34, 39, 50, 53, 55, 87, 106, 110, 138, 142, 191, 192, 195, 212, 218, 237  
Forschungsdefizit 4  
Forschungsergebnis 56  
Forschungsgegenstand 4, 53  
Forschungsplanung 34, 53  
Forschungsprojekt 56, 96  
Forschungsstand 28, 36, 41, 51, 140, 152, 164, 167, 168, 178, 182, 205, 208, 218, 242, 257  
France 285  
frankophones Afrika 116  
Frankreich 64, 111, 143, 159, 301, 309  
Frau 1, 27, 41, 72, 76, 79, 89, 118, 130, 132, 133, 140, 157, 173, 199, 200, 205, 228, 257, 287, 299  
Frauenforschung 1  
Frauenpolitik 1  
Freizeit 93  
Freizeitverhalten 226  
Freundschaft 226  
Früherkennung 82, 133  
Frührentner 144  
funktionale Differenzierung 23  
Fürsorge 128, 307
- G**  
Geburt 277  
Geldleistung 132  
Gemeinde 194  
Gemeinschaft 108  
Gemeinwesenarbeit 206  
Gender Mainstreaming 30  
Generationenverhältnis 87  
Genetik 6



- Geography 18, 47  
 Gerechtigkeit 115, 172, 239, 260, 263, 264, 266, 270  
 Geriatrie 163, 166  
 Gerontologie 166  
 Geschlecht 27, 30, 79, 83, 92, 95, 103, 154, 181, 226, 307  
 Geschlechterforschung 27  
 Geschlechtsrolle 1, 200  
 geschlechtsspezifische Faktoren 3, 16, 22, 27, 30, 32, 57, 61, 92, 101, 133, 140, 144, 150, 152, 158, 159, 166, 168, 171, 189, 199, 200, 203, 205, 215, 245, 247, 256, 286, 302  
 Gesellschaft 6, 23, 42, 53, 93, 188, 307  
 Gesellschaftspolitik 247, 254, 270  
 Gesellschaftstheorie 4  
 gesetzliche Krankenversicherung 62, 109, 117, 118, 131, 139, 140, 194, 243, 248, 251, 255  
 gesundheitliche Folgen 16, 22, 30, 31, 39, 57, 63, 64, 67, 89, 142, 143, 144, 150, 159, 183, 186, 199, 214, 218, 228, 235, 272, 286, 289  
 Gesundheitsbericht 34, 41, 79, 103  
 Gesundheitsdienst 111, 134  
 Gesundheitserziehung 9, 10, 42, 46, 53, 147, 151, 153, 201, 214, 246, 247, 250  
 Gesundheitsfürsorge 14, 34, 53, 219, 221, 238, 250, 269, 289  
 Gesundheitsleistung 86, 122  
 Gesundheitspersonal 134  
 Gesundheitspolitik 1, 2, 4, 10, 27, 33, 36, 41, 42, 46, 53, 55, 56, 59, 79, 83, 103, 106, 109, 110, 132, 133, 134, 151, 162, 166, 172, 183, 193, 194, 196, 200, 204, 207, 212, 219, 221, 223, 237, 238, 242, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 263, 266, 269, 272, 273, 284, 297, 301  
 Gesundheitsschaden 186, 199  
 Gesundheitsverhalten 3, 4, 22, 25, 29, 30, 32, 33, 34, 40, 42, 46, 53, 55, 59, 61, 69, 77, 78, 83, 95, 103, 123, 149, 153, 154, 158, 162, 166, 169, 175, 176, 178, 186, 188, 199, 200, 203, 205, 207, 210, 211, 212, 216, 219, 220, 226, 233, 235, 236, 239, 247, 250, 266, 272, 283, 289, 302  
 Gesundheitsversorgung 14, 34, 41, 42, 46, 53, 64, 79, 81, 111, 118, 122, 123, 133, 134, 146, 147, 160, 172, 201, 204, 238, 246, 248, 250, 257, 263, 264, 266, 273, 276, 278, 289, 301  
 Gesundheitsvorsorge 9, 10, 14, 33, 34, 41, 42, 46, 53, 56, 59, 64, 80, 108, 130, 134, 136, 151, 153, 158, 163, 167, 182, 191, 192, 199, 203, 206, 207, 214, 221, 225, 236, 238, 260, 261, 273  
 Gesundheitswesen 7, 14, 27, 33, 41, 42, 72, 83, 111, 116, 117, 118, 120, 126, 131, 132, 134, 238, 246, 247, 250, 251, 254, 255, 257, 270, 272, 276, 278, 297, 301  
 Gesundheitswirtschaft 117, 250  
 Gesundheitswissenschaft 1, 2, 9, 10, 34, 42, 53, 138, 253  
 Gesundheitszustand 1, 2, 8, 26, 28, 34, 36, 40, 55, 59, 60, 68, 69, 74, 76, 77, 80, 82, 83, 88, 90, 95, 123, 126, 136, 137, 139, 147, 148, 149, 158, 163, 169, 180, 182, 183, 189, 199, 201, 204, 209, 210, 216, 258, 260, 266, 288  
 Gewalt 95, 153  
 Gleichbehandlung 117  
 Gleichheit 243, 270  
 Gleichstellung 287  
 Global Governance 284  
 Globalisierung 284  
 Governance 194, 252  
 Government Agencies 231  
 Government Policy 231  
 Great Britain 187  
 Großbritannien 111, 132, 143, 159, 237, 249, 255, 256, 270, 276, 302  
 Grounded Theory 200  
 Grundgesetz 243  
 Grundschule 190, 233  
 Grundsicherung 243  
 Gruppe 86, 108, 219
- H**  
 Habitus 22, 142, 195, 232  
 Handlung 9, 195  
 Handlungsorientierung 117, 151, 193  
 Handlungsspielraum 30, 192  
 Handlungstheorie 7  
 Hartz-Reform 243  
 Hauptschule 190  
 Hausarzt 247, 301  
 Haushaltseinkommen 31  
 häusliche Pflege 106, 189  
 Health Behavior 12, 17, 141, 295  
 Health Care Costs 127  
 Health Care Services 5, 24, 44, 47, 48, 94, 113, 124, 127, 222, 234, 267, 274, 281, 308  
 Health Care Services Policy 47, 70, 252, 274  
 Health Care Utilization 104  
 Health Education 91, 177, 197, 222, 294  
 Health insurance 107, 121  
 Health Insurance 112, 113  
 Health policy 107, 165, 259, 275  
 Health Policy 35, 38, 47, 70, 234, 274  
 Health Problems 15, 35, 37, 58, 70, 102, 127, 179, 198, 222, 229, 231, 234, 240, 244,

- 267, 274, 292, 293  
 Health Research 49, 98, 296  
 Health surveys 121, 174  
 Heart Diseases 198, 240  
 Hegemony 12  
 Heilberuf 125  
 Heil- und Hilfsmittel 115  
 Heirat 63  
 Helsinki, Finland 179  
 Herrschaft 6  
 Herzinfarkt 199  
 Herzkrankheit 32, 68, 86, 133, 140, 178, 199  
 Hessen 209  
 Hierarchie 272  
 Hilfsbedürftigkeit 152  
 historische Sozialforschung 11  
 Hochschulbildung 170  
 Hochschule 209  
 Hörbehinderung 203  
 Hospitals 104, 291  
 Households 291  
 Humankapital 25  
 Human Rights 18
- I**  
 Identität 16, 250  
 Identitätsbildung 150  
 Illness 37, 231  
 Immigrants 19  
 Impfung 83, 266  
 Implementation 252, 254, 284  
 Income 112, 177, 295  
 Income Inequality 24, 48, 102, 127, 135, 179, 187, 281, 290, 292, 293, 295, 298, 305, 308  
 India 174  
 Indigenous Populations 44  
 Indikator 22, 28, 31, 39, 186, 220, 304  
 Indikatorensystem 93  
 Individual Collective Relationship 5  
 Individualisierung 236, 287  
 Individuum 23, 42, 219, 232  
 Industrial Societies 17  
 Industriegesellschaft 93  
 Industriestaat 93, 304  
 Infant Mortality 305  
 Infektionskrankheit 266  
 Information 77, 78, 83, 236  
 Inklusion 23, 171, 279  
 Innovation 287  
 Institution 219  
 Institutionalisierung 11  
 institutionelle Faktoren 279  
 Integration 193, 235  
 Interaktion 114, 142, 192, 195  
 Interdisziplinarität 265  
 Interessenkonflikt 114
- Intergenerationenmobilität 68, 211  
 internationaler Vergleich 28, 33, 72, 93, 128, 132, 155, 170, 180, 242, 253, 256, 276, 280, 288, 299, 301, 306, 307  
 Internet 236  
 Intervention 16, 48, 98, 167, 221, 228, 229, 235, 244, 296  
 Irland 309  
 Italien 111, 132, 143, 279, 306, 307, 309  
 Italy 308
- J**  
 Japan 165, 292, 293, 309  
 Jugend 96, 146, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 181, 217, 283, 302  
 Jugendarbeit 190  
 Jugendhilfe 190  
 Jugendkultur 153  
 Jugendlicher 3, 32, 33, 34, 46, 78, 80, 82, 93, 95, 96, 103, 133, 146, 147, 148, 149, 152, 153, 154, 161, 162, 169, 171, 175, 176, 182, 186, 190, 199, 203, 206, 211, 213, 216, 220, 226, 283, 302  
 Jugoslawe 185  
 Junge 34  
 junger Erwachsener 203
- K**  
 Kanada 143, 276  
 Kapitalismus 223  
 Kausalanalyse 286  
 Kind 33, 34, 41, 80, 82, 90, 95, 96, 103, 133, 146, 147, 148, 149, 151, 160, 161, 162, 169, 171, 172, 175, 182, 190, 199, 201, 203, 206, 213, 214, 216, 227, 278  
 Kindertagesstätte 10, 194, 214  
 Kindeswohl 151  
 Kindheit 96, 143, 145, 149, 150, 160, 178, 181, 217  
 kirchliche Organisation 128  
 Klassenlage 181  
 Klassifikation 7  
 Knappheit 115  
 Knowledge 12, 268  
 kognitive Fähigkeit 170  
 Kommunalpolitik 194  
 Kommunikation 14, 23  
 Kommunikationsbarriere 14  
 Kommunikationsbedingung 14  
 Kommunikationsstörung 14  
 Kommunikationstechnologie 14  
 Kommunikationsverhalten 14  
 kommunikative Kompetenz 14  
 kommunikatives Handeln 14  
 Konflikt 117  
 Konstruktion 11, 30  
 Kontextanalyse 39

- Koordination 284  
 Körper 23, 30, 95, 154, 170, 188  
 Körperlichkeit 220  
 Korporatismus 10, 246  
 Kostenbeteiligung 117  
 Kostendämpfung 301  
 Kostenfaktor 155  
 Krankenfürsorge 134  
 Krankenhaus 114, 125, 131, 273  
 Krankenkasse 194  
 Krankenversicherung 109, 117, 273  
 Krankheit 1, 9, 22, 23, 25, 30, 33, 36, 41, 42, 46, 53, 55, 56, 57, 67, 72, 73, 77, 79, 86, 93, 110, 114, 122, 143, 145, 158, 164, 166, 167, 170, 171, 178, 182, 184, 185, 196, 199, 206, 207, 208, 212, 223, 232, 239, 247, 254, 255, 256, 263, 272, 284  
 Krankheitsverlauf 188  
 Krebs 67, 69, 86, 89, 133  
 Kreislaufkrankheit 32, 140  
 Kriminalität 245  
 Krise 57  
 Kriterium 239, 266  
 Kritische Theorie 4  
 Kultur 235  
 kulturelle Faktoren 196, 253  
 kulturelles Kapital 7, 22
- L**  
 Labor Force Participation 231  
 Längsschnittuntersuchung 138, 278  
 Law 18  
 Lebensalter 62, 90, 140, 181, 184, 189, 215  
 Lebensbedingungen 8, 51, 59, 76, 77, 93, 97, 133, 147, 161, 180, 182, 204, 206, 243, 287  
 Lebenserwartung 25, 28, 33, 40, 51, 64, 68, 72, 118, 183, 196, 200, 205, 221, 249, 256, 263, 272, 280, 284, 286  
 Lebensgemeinschaft 63  
 Lebenslauf 3, 4, 46, 63, 88, 138, 139, 142, 143, 145, 150, 164, 170, 178, 182, 247, 256  
 Lebensperspektive 3, 164, 183  
 Lebensqualität 28, 60, 73, 87, 126, 164, 184, 190  
 Lebensraum 9  
 Lebenssituation 97, 119, 158, 164, 183  
 Lebensstil 54, 59, 123, 140, 147, 195, 213, 238, 245, 253, 287  
 Lebensweise 87, 175, 207, 232  
 Lebenswelt 9, 34, 41, 49, 95, 96, 152, 153, 175, 176, 193, 206, 213  
 Leistungsanspruch 134  
 Leistungsdifferenzierung 109  
 Leistungsfähigkeit 171, 186, 188  
 Leistungsprinzip 270
- Liberalisierung 109  
 Lifestyle 5, 308  
 Litauen 304  
 Literacy 222  
 Local Government 229  
 Locus of Control 84  
 lokale Faktoren 39  
 Longevity 70, 165, 305  
 Longitudinal Studies 290  
 Low Income Groups 230
- M**  
 Macht 114  
 Mädchen 34  
 Makroebene 253  
 Males 13, 102  
 Mann 27, 72, 76, 89, 118, 130, 139, 140, 199, 200, 205, 257, 299  
 Marginalität 111, 272  
 Marginality 234  
 Markt 128  
 Marktorientierung 238  
 Masculinity 12  
 Meaning 44  
 Mecklenburg-Vorpommern 73  
 Medical Model 274  
 Medical service 121, 165  
 Medical Sociology 13, 43, 124  
 Medicine 43  
 Medikamentenabhängigkeit 30  
 Medikation 171, 276  
 Medizin 2, 188, 196, 255  
 medizinische Rehabilitation 68  
 medizinische Versorgung 7, 25, 27, 50, 51, 59, 68, 88, 106, 110, 114, 115, 131, 132, 133, 139, 155, 157, 163, 164, 237, 247, 248, 251, 254, 255, 256, 265, 276, 278  
 Medizinsoziologie 164  
 Mehrebenenanalyse 39  
 Membership 21  
 Men 202  
 Mensch 42, 83, 188  
 Menschenbild 255  
 Menschenwürde 243  
 Mental Health 21, 290  
 Mesoebene 25, 253  
 Messung 7, 28, 46, 101  
 Methode 53, 87, 103, 138, 299  
 Methodenforschung 28  
 Metropolitan areas 271  
 Migrant 41, 95, 116, 132, 149, 157, 185, 186, 201, 213, 256  
 Migration 50, 58, 114, 130, 149, 152, 173, 307  
 Mikroebene 253  
 Mikrosoziologie 25  
 Mikrozensus 81, 282  
 Minority Groups 19, 244

- Mittelschicht 184  
Mobbing 95  
Modell 4, 31, 50, 57, 118, 223, 237, 264  
Modellentwicklung 51, 167  
Modernisierung 11, 247  
Morbidity 25, 30, 51, 62, 69, 88, 140, 150, 157, 172, 183, 189, 218, 260, 283, 309  
Morbidity 19, 179  
Mortality 174, 285  
Mortality Rates 17, 19, 187, 305  
Mothers 98  
Motivation 57  
Mutter 173, 228  
Mutterschaft 277
- N**  
Nachbarschaft 219  
Nachbarschaftshilfe 219  
Nachhaltigkeit 191, 228, 261, 287  
Nachkriegszeit 29, 270  
Nahost 159  
Natur 6, 188  
Naturwissenschaft 6  
Neighborhoods 197  
Netzwerk 142, 206, 235, 246  
neue Bundesländer 32, 45, 60, 158, 280  
Neuseeland 249, 276  
nichteheliche Lebensgemeinschaft 63  
Niederlande 132, 143, 282  
Niedrigeinkommen 64, 233, 299  
niedrig Qualifizierter 257  
Nordamerika 3, 143, 237, 249, 255, 256, 258, 276, 286, 288, 289, 302, 309  
Nordrhein-Westfalen 73, 136, 201, 204, 212, 215  
Norm 171, 188  
Normativität 10, 265  
Normbildung 284  
Norway 37, 259  
Norwegen 75, 143, 159, 304, 309  
Nursing 165  
Nutrition 174  
Nutzung 126, 130, 236, 301
- O**  
Obdachlosigkeit 203  
Oberschicht 184  
Occupational Status 293  
OECD-Staat 93, 128, 134  
öffentliche Dienstleistung 130  
öffentliche Leistung 279, 297  
öffentliche Meinung 297  
Öffentlichkeit 83  
Ökologie 212, 287  
Ökonomie 265  
ökonomische Faktoren 180, 253, 282  
Ökonomisierung 128, 247, 250  
Online-Medien 236  
Operation 68  
Operationalisierung 28  
Organisation 111  
Organisationen 42  
Organizational Effectiveness 124  
Organizational Structure 296  
Ostasien 309  
Österreich 51, 59, 72, 159, 200, 309  
Osteuropa 303  
Ost-West-Vergleich 280
- P**  
Pädagogik 250  
Paradigma 10, 193  
Participation 21, 65  
Partizipation 173, 192, 193, 206  
Partnerbeziehung 63, 87  
Partnerschaft 63  
Patient 105, 108, 109, 114, 131, 195, 228, 239, 251  
Payments 113, 281  
Pazifischer Raum 143, 249, 276, 309  
Peer Group 95, 96, 152, 175, 226  
Performance 275  
personenbezogene Dienstleistung 106, 189, 282  
Persönlichkeitsentwicklung 137  
Persönlichkeitsmerkmal 45  
Perspektive 4, 227, 256  
Pfadabhängigkeit 31  
Pflege 7, 106, 110, 132, 155, 279, 282, 306, 307  
Pflegebedürftigkeit 7, 62, 77, 106, 110, 119, 139, 140, 166, 189, 279, 282  
Pflegeheim 189, 282  
Pflegeperson 189, 279  
Pflegepersonal 114  
Pflegeversicherung 62  
Pflegerwissenschaft 106, 110  
Pluralismus 30  
Policy Implementation 44  
Policy Making 124  
Politik 183, 265, 279  
Politikfeldanalyse 194  
politische Entwicklung 249  
politisches Regime 253  
Poor 291  
Portugal 302, 309  
postsozialistisches Land 132, 256, 302, 303, 304  
Poverty 24, 174, 230, 234, 291, 292, 305  
Poverty relief 259  
Power 229  
Prävention 3, 10, 40, 46, 80, 147, 152, 157, 160, 166, 176, 193, 194, 199, 203, 209, 214, 221, 223, 235, 246, 247, 250, 254,

- 256, 265, 278, 302  
 Praxis 11  
 Prekariat 23  
 Prestige 12  
 Primary Health Care 44, 104, 198, 240  
 private Krankenversicherung 109, 117, 118, 131, 248  
 privater Sektor 128  
 Privathaushalt 63, 189  
 Privatisierung 117, 128, 248  
 Privatwirtschaft 223  
 Proband 78  
 Problemlösen 142  
 Prophylaxe 46, 56, 61, 80, 158, 160, 182, 191, 207, 225, 260, 283, 302  
 psychische Belastung 68, 105, 209  
 psychische Faktoren 184, 208, 212  
 psychische Folgen 63, 68, 105, 209  
 psychische Gesundheit 63, 78, 82, 83, 95, 137, 148, 150, 170, 209, 283  
 psychische Krankheit 86, 178, 184, 216, 309  
 psychische Situation 149  
 psychische Störung 69, 79, 157, 166, 169  
 Psychologie 166  
 psychologische Intervention 208  
 Psychosocial Factors 308  
 psychosomatische Krankheit 137, 149, 173, 216, 302  
 psychosoziale Faktoren 56, 73, 105, 212, 228  
 psychosoziale Störung 46, 173  
 psychosoziale Versorgung 133  
 Public health 121, 165, 202, 259, 271, 285, 291  
 Public Health 9, 10, 13, 41, 49, 53, 84, 94, 197, 212, 223, 225, 234, 239, 241, 244, 247, 249, 255, 263, 264, 265, 266, 274, 290, 305  
 Public Space 49
- Q**  
 Qualifikation 16, 189  
 Qualitätskontrolle 250  
 Quality of Health Care 124, 127, 230
- R**  
 Racial Differences 58  
 Racism 19, 58  
 Rahmenbedingung 3  
 Rassismus 116  
 Rational Choice 15  
 Rational-Choice-Theorie 10  
 Rauchen 82, 83, 210, 235  
 Raum 9  
 Raumwirksamkeit 8, 9  
 Rechtsgrundlage 144  
 Rechtsnorm 243  
 Rechtswissenschaft 243
- Reduktionismus 6  
 Reform 113, 131, 238, 250, 251, 255, 269  
 Reformpolitik 247  
 Region 67, 172  
 regionale Entwicklung 204  
 regionale Faktoren 3, 32, 39, 60, 245  
 regionaler Unterschied 8, 39, 45, 60, 73, 280  
 regionaler Vergleich 73  
 Regressionsanalyse 103  
 Regulierung 301  
 Rehabilitation 30, 173, 228  
 Reichtum 97  
 Rente 64  
 Rentenalter 62  
 Rentenversicherung 270  
 Reproduktion 89, 108  
 Research Ethics 98  
 Ressourcen 168, 192, 221  
 Risiko 9, 16, 33, 46, 50, 54, 55, 62, 77, 79, 86, 110, 139, 140, 144, 145, 150, 168, 178, 205, 208, 228, 235, 277  
 Risikoabschätzung 235  
 Risikoverhalten 93, 95, 152, 153, 176, 182, 199, 207, 220, 226, 283  
 Risk 71  
 Risk Factors 234  
 Ruhestand 88  
 Ruhrgebiet 204, 215  
 Russland 256
- S**  
 Salutogenese 191  
 Satisfaction 37  
 Säugling 277, 278  
 Schätzung 299  
 schichtspezifische Faktoren 40, 54, 73, 133, 160, 225, 245  
 Schichtzugehörigkeit 54, 69, 103, 154, 181  
 Schools 197, 222  
 Schulart 216  
 Schulbesuch 302  
 Schulbildung 22, 144, 170, 181  
 Schule 10, 95, 96, 137, 152, 153, 171, 176, 194  
 Schüler 137, 149, 190, 233  
 Schulerfolg 171, 201, 216  
 Schulklima 137  
 Schullaufbahn 201  
 Schulleistung 171, 309  
 Schweden 111, 132, 143, 249, 256, 279, 302, 304, 306, 307  
 Schweiz 14, 51, 63, 74, 111, 142, 143, 159, 272  
 Schwerbehinderung 41  
 Science and Technology 15  
 Scotland 94  
 Segregation 19

- Segregation, Social 271  
Selbstbild 31, 171, 286  
Selbsteinschätzung 76, 101, 186  
Selbsthilfe 108  
Selektion 145  
Sex 65, 85, 293  
Sex differences 202  
Sexual Inequality 99  
Singapur 278  
Skandinavien 242, 253  
Smoking 198, 240  
Social Background 187  
Social capital 165  
Social Class 17, 24, 71, 85, 308  
Social Closure 222, 241, 267  
Social conditions 121, 202, 285  
Social Inequality 5, 15, 19, 20, 37, 38, 43, 44, 70, 94, 135, 179, 187, 222, 229, 241, 244  
Social Integration 48, 49  
Social Networks 197  
Social Policy 24, 234  
Social Power 268  
Social Problems 252  
Social research 275  
Social Status 179  
Social Structure 5, 44  
Social Systems 48  
Social Work 24  
Sociocultural Factors 48  
Sociodemographic Factors 65, 112, 141  
Socioeconomic Factors 197, 268  
Socioeconomic status 285  
Socioeconomic Status 70, 84, 113, 127, 135, 177, 187, 244, 268  
SOEP 6, 76, 81, 287  
Software 236  
Solidarität 117, 239  
South Africa 18  
South Korea 291  
Sozialarbeit 157, 206, 225, 250  
Sozialbericht 97  
Sozialdemokratie 253  
soziale Anerkennung 57, 217  
soziale Bewegung 188  
soziale Beziehungen 16, 53, 73, 152, 175, 219, 226, 235  
soziale Dienste 132, 282  
soziale Differenzierung 3, 22, 75, 190, 286  
soziale Einrichtung 190  
soziale Faktoren 6, 54, 63, 76, 95, 96, 180, 184, 192, 212, 213, 253, 260, 263, 266  
soziale Folgen 23, 105, 242, 258  
soziale Gerechtigkeit 26, 33, 190, 255, 261, 263, 266, 273  
soziale Herkunft 25, 69, 136, 146, 148, 154, 209, 210, 211, 226, 283  
soziale Indikatoren 93  
soziale Institution 297  
soziale Integration 87, 219  
soziale Intervention 36  
soziale Lage 2, 45, 50, 53, 74, 79, 93, 123, 145, 146, 149, 172, 175, 201, 217, 228, 246  
soziale Mobilität 68, 287  
soziale Norm 261  
soziale Partizipation 87, 201, 219  
sozialer Brennpunkt 194  
soziale Rechte 307  
sozialer Raum 9, 167, 219  
sozialer Status 26, 39, 46, 74, 79, 86, 105, 133, 136, 144, 145, 152, 163, 168, 169, 207, 208, 213, 215, 220, 258  
soziale Schicht 36, 50, 51, 54, 55, 56, 73, 108, 123, 140, 178, 207, 232, 242, 258  
soziale Schichtung 25, 196  
soziale Sicherheit 72, 87, 139, 185, 243, 256, 257, 270, 287  
soziales Milieu 110, 195, 196, 232  
soziales Netzwerk 26, 42, 137, 166, 173, 214, 219, 246  
soziales Problem 217  
soziales System 42  
soziales Verhalten 219  
soziale Unterstützung 41, 53, 151  
soziale Verantwortung 219  
Sozialgeschichte 166  
Sozialgesetzbuch 207  
Sozialhilfe 270  
Sozialisation 4, 146, 150, 199, 250  
Sozialisationsbedingung 151, 199  
Sozialisationsforschung 199  
Sozialkapital 7, 10, 26, 39, 42, 46, 142, 162, 265, 309  
Sozialleistung 134, 238, 257  
sozialökologische Faktoren 160  
Sozialpädagogik 157  
Sozialpolitik 29, 41, 42, 117, 162, 166, 223, 237, 238, 242, 247, 250, 257, 263, 269, 270, 273, 279, 297, 306, 307  
Sozialstaat 29, 42, 238, 250, 257  
Sozialstruktur 4, 29, 50, 61, 97, 108, 110, 139, 190, 195, 217, 258, 287  
Sozialwissenschaft 106, 140  
soziokulturelle Faktoren 11  
sozioökonomische Faktoren 26, 31, 53, 55, 62, 122, 136, 139, 167, 184, 190, 208, 258, 278, 301  
sozioökonomische Lage 3, 26, 64, 74, 168, 184, 196, 233, 254, 256, 299  
sozioökonomische Struktur 180  
Spain 121, 281  
Spanien 159, 277, 309  
Sport 61, 80, 82, 169, 210

- Staat 128, 245, 297  
staatliche Einflussnahme 249  
Stadt 75, 111, 190, 206  
Stadtbevölkerung 190  
Stadtentwicklung 194  
Stadtgebiet 75  
Stadtplanung 257  
Stadtteil 75, 167, 190, 206  
Stadtteilarbeit 190, 194  
stationäre Behandlung 173  
stationäre Versorgung 131, 166  
Statistik 278  
statistische Analyse 118  
Statusinkonsistenz 22  
Statussymbol 220  
Stellung im Beruf 88, 122, 216  
Sterblichkeit 22, 25, 30, 32, 51, 62, 64, 69,  
72, 75, 86, 88, 89, 90, 92, 140, 143, 157,  
159, 168, 178, 183, 189, 200, 260, 278,  
286, 303, 304  
Stereotyp 30, 87  
Steuerung 255, 301  
Stichprobe 103  
Stigmatisierung 276  
Strategie 31, 167, 193  
Stress 43, 80, 152, 178, 208, 217  
Strukturreform 297  
strukturschwache Region 60  
Subjektivität 76, 122  
Subkultur 226  
Südostasien 278  
Surveys 291  
Sweden 65  
Systemtheorie 4, 6, 23  
Szenario 28
- T**  
Tabakkonsum 32, 34, 74, 169, 200, 203, 216,  
283, 302  
Teilnehmer 77  
tertiärer Sektor 128  
Theorie 7, 118, 138, 140, 170, 200, 239, 253,  
263, 264, 266  
Theoriebildung 22  
Theorie-Praxis 118  
Theorievergleich 6, 9  
Therapie 117, 228  
Therapieerfolg 228  
Tod 63, 72, 189, 280  
Tradition 31  
Traditions 298  
Trend 32, 72, 117  
Trust 21, 37, 65  
Tuberculosis 305  
Türke 185  
Türkei 159  
Typologie 232, 253
- U**  
Übergewicht 82, 154, 169, 210, 213, 283, 299  
UdSSR 280  
UdSSR-Nachfolgestaat 132, 256, 302, 303,  
304  
Ukraine 302  
Umfrageforschung 81  
Umverteilung 109  
Umwelt 269  
Umweltbelastung 26  
Umweltfaktoren 26, 45  
Umweltpolitik 254  
Uninsured persons 107  
United Kingdom 71, 267, 274, 275, 296  
United Nations 99  
United States 107, 202, 271  
United States of America 43, 70, 104, 135  
Universalism 113  
Unterricht 137  
Unterschicht 51, 184, 201  
Urban Areas 229, 230  
Urban Population 230  
Urban Poverty 229  
Ursache 36, 263, 280  
Ursachenforschung 33, 145  
USA 3, 237, 249, 255, 256, 258, 276, 286,  
288, 289, 302, 309
- V**  
Values 35, 84, 104, 244  
Vater 173  
Verantwortung 207, 223, 239, 264, 266  
Verfassung 243  
Verfassungsrecht 243  
vergleichende Forschung 170, 200, 253, 255,  
286  
Verhalten 46, 83, 188, 233  
Verhaltensauffälligkeit 82, 169  
Vernetzung 265  
Vernunft 264  
Versorgung 77, 106, 128, 172, 307  
Verteilungsgerechtigkeit 10, 115, 264, 270  
Violence 12  
virtuelle Gemeinschaft 236  
Vorsorgeuntersuchung 130, 201
- W**  
Wachstum 269, 287  
Wahrnehmung 154, 297  
Wales 296  
Water Supply 229  
Wealth 298  
Welfare State 38, 298  
Well Being 13, 91  
Wertorientierung 11, 261  
Western Society 15  
Westeuropa 36, 282

---

Wettbewerb 238  
WHO 6, 7, 9, 96, 162, 193, 214, 223  
Wiedervereinigung 32  
Wirkung 30, 117, 193, 223  
wirtschaftliche Lage 212  
Wissengesellschaft 210, 212, 223, 236  
Wohlbefinden 57, 87, 190, 192  
Wohlfahrt 29, 93, 180, 282  
Wohlfahrtsstaat 29, 128, 242, 253, 270, 297  
Wohlfahrtsverband 128  
Wohlstand 181, 216, 287, 289  
Wohnbevölkerung 83  
Wohnen 75, 206  
Wohngebiet 75, 258  
Wohnort 39  
Wohnumgebung 26  
Wohnung 191  
Wohnungsbau 191  
Wohnungspolitik 257  
Wohnverhältnisse 87, 191, 258  
Womens Health Care 99  
Work Environment 231  
Working Class 308  
Work-life-balance 217

**Y**

Youth 179

**Z**

Zeit 131  
Zentralafrika 116  
Zertifizierung 72  
Zielgruppe 207, 249  
Zielkonflikt 115  
Zufriedenheit 119  
Zugangsvoraussetzung 134, 301  
Zukunft 304  
Zukunftsperspektive 161  
zweite Generation 130  
Zweite Republik 59





---

**Institutionenregister**

- Der Paritätische Gesamtverband 172
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung -DIW Berlin- Abt. Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel -SOEP- 79
- Deutsches Zentrum für Altersfragen 155
- Hochschule Darmstadt, FB Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit 206
- Hochschule München, Fak. für Angewandte Sozialwissenschaften 120
- Humboldt-Universität Berlin, Philosophische Fakultät III, Berlin Graduate School of Social Sciences 180
- Max-Planck-Institut für demografische Forschung 89, 90, 92, 280, 303, 304
- Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für öffentliche Gesundheitspflege, Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Soziologie 67, 86, 173
- Robert Koch Institut 79, 155
- Robert Koch Institut Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung 77, 78, 83
- Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels 303
- Stadt Essen Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen 136, 201
- Statistisches Bundesamt 155
- Technische Universität Dresden, Fak. Mathematik und Naturwissenschaften, Fachrichtung Psychologie  
Institut für Klinische, Diagnostische und Differentielle Psychologie Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie 79
- Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät, Zentrum für Seelische Gesundheit Professur für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie 105
- TNS Healthcare GmbH 123
- Universität Bayreuth, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für VWL III Finanzwissenschaft 101
- Universität Bielefeld, Fak. für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 03 Epidemiologie & International Public Health 8
- Universität Bielefeld, Fak. für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 04 Prävention und Gesundheitsförderung 79
- Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik 88
- Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik -ZeS- Abt. Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung 62, 79, 119
- Universität Duisburg-Essen Campus Duisburg, Fak. für Gesellschaftswissenschaften, Institut für Soziologie Forschungsgruppe Sozialkapital 227
- Universität Duisburg-Essen Campus Essen, FB Wirtschaftswissenschaften, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft -IBES- Lehrstuhl für VWL, insb. Gesundheitsökonomik 115
- Universität Gießen, FB 09 Agrarwissenschaften, Ökotoxikologie und Umweltmanagement, Institut für Ernährungswissenschaft Professur für Ernährungsberatung und Verbraucherverhalten 233
- Universität Hamburg, Fak. für Medizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie -IMSG- 73

- Universität Heidelberg, Fak. für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Max-Weber-Institut für Soziologie 224
- Universität Köln, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie 122, 123
- Universität Köln, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Graduiertenkolleg SOCLIFE 300
- Universität Mannheim, Fak. für Rechtswissenschaft und VWL, Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und demographischer Wandel -MEA- 304
- Universität Mannheim, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung -MZES- Arbeitsbereich A Die Europäischen Gesellschaften und ihre Integration 126
- Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Institut für Soziologie und Demographie Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demographie 280, 282
- Universität Siegen, Philosophische Fakultät, Fach Soziologie Lehrstuhl für Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems, Vergl. Wohlfahrtspflege 297
- Universität Ulm, Medizinische Fakultät, Institut für Epidemiologie Arbeitsgruppe Medizinische Soziologie 67

## **ANHANG**



---

## **Hinweise zur Originalbeschaffung von Literatur**

Die in der Datenbank SOLIS nachgewiesene Graue Literatur enthält nahezu vollständig einen Bibliotheksstandort zur Erleichterung der Ausleihe; dies gilt auch für einen Teil (40%) der nachgewiesenen Verlagsliteratur. In SOLIS nachgewiesene Zeitschriftenaufsätze sind zu über 60% mit einem Standortvermerk versehen.

### **Beschaffung von Literatur über den Deutschen Leihverkehr**

Die Standortvermerke in SOLIS (Kürzel, Ort und Sigel der besitzenden Bibliothek sowie Signatur der Arbeit) beziehen sich auf Bibliotheken, die dem normalen Fernleihverkehr angeschlossen sind. Sollte die gewünschte Arbeit bei Ihrer örtlichen Bibliothek nicht vorhanden sein, ersparen Ihnen die Standortvermerke für die Fernleihe („Direktbestellung“) den u.U. sehr zeitraubenden Weg über das Bibliothekensystem. Elektronische Bestellungen sind ebenfalls möglich, z.B. über subito - einen bundesweiten Dokumentlieferdienst der deutschen Bibliotheken für Aufsätze und Bücher.

### **Literaturdienst der Universitäts- und Stadtbibliothek Köln**

Aufsätze aus Zeitschriften, die für SOLIS ausgewertet werden und in der Universitäts- und Stadtbibliothek Köln vorhanden sind, können über den Kölner Literaturdienst (KÖLI) als Kopie bestellt werden. Diese Aufsätze enthalten den Standortvermerk „UuStB Koeln(38) - Signatur der Zeitschrift“ sowie einen Hinweis auf den Kopierdienst. Die Bestellung kann mit gelber Post, per Fax oder elektronisch erfolgen. Kosten für den Postversand bis zu je 20 Kopien pro Aufsatz betragen 8,- Euro, für Hochschulangehörige 4,- Euro (bei „Normalbestellung“ mit einer Lieferzeit von i.d.R. sieben Tagen); gegen Aufpreis ist eine „Eilbestellung“ (Bearbeitungszeit: ein Arbeitstag) oder auch eine Lieferung per Fax möglich.

## **Zur Benutzung der Forschungsnachweise**

Die Inhalte der Forschungsnachweise beruhen auf den Angaben der Forscher selbst. Richten Sie deshalb bitte Anfragen jeglicher Art direkt an die genannte Forschungseinrichtung oder an den/die Wissenschaftler(in). Das gilt auch für Anfragen wegen veröffentlichter oder unveröffentlichter Literatur, die im Forschungsnachweis genannt ist.



## **Dienstleistungsangebot der Abteilung „Fachinformation für Sozialwissenschaften“**

Das Dienstleistungsangebot der Abteilung Fachinformation dient der Verbreitung, Förderung und Fundierung sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse sowie dem Wissensaustausch auf nationaler wie internationaler Ebene. Gleichzeitig macht die Fachinformation die sozialwissenschaftliche Forschung des deutschsprachigen Raumes international sichtbar.

Zentrale Aktivitäten sind Aufbereitung, Bereitstellung und Transfer von Wissen durch:

- Konzeption, Aufbau und Pflege von Datenbanken und Serviceangeboten zu Forschungsstrukturen, -aktivitäten und -ergebnissen in den Sozialwissenschaften im deutschsprachigen und östlichen europäischen Forschungsraum und zu wissenschaftsbezogenen chancengleichheitsrelevanten Themen im deutschsprachigen, europäischen und internationalen Rahmen
- Aufbau von und Beteiligung an kooperativen Informationssystemen (Portalen, Themenschwerpunkten, Kommunikationsplattformen und Netzwerken) zur Unterstützung der Wissenschaftskommunikation und zu wissenschaftsbezogenen chancengleichheitsrelevanten Themen
- Kontinuierlicher Ausbau der Vernetzung von Informationsangeboten und Services durch Erweiterung und Einbeziehung kompetenter Partner auf nationaler wie internationaler Ebene
- Erstellung servicebasierter Publikationen und Informationsdienste zu ausgewählten Themen in Kooperation mit der Wissenschaft
- Nationales Referenzzentrum für das Politikfeld „Gleichstellung in der Wissenschaft“ gegenüber Wissenschaftsorganisationen, Bundes- und Landesministerien, Politik und Medien in Bezug auf Konzept- und Programmentwicklung, Monitoring und Evaluation von Politiken und Maßnahmen

Basisprodukte der Abteilung sind Informationen über Forschungsstrukturen, -aktivitäten und -ergebnisse, die in Datenbanken aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden. Neben den nachfolgend skizzierten Datenbanken zu sozialwissenschaftlichen Forschungsprojekten und Publikationen werden Datenbanken mit Informationen zu nationalen und internationalen sozialwissenschaftlichen Forschungseinrichtungen, Zeitschriften, Netzwerken, Veranstaltungen und Internetquellen aufgebaut und gepflegt. Sie sind Bestandteil einer von GESIS entwickelten und zur Verfügung gestellten integrierten Suche, die weitere internationale Informationssammlungen und solche externer Partner mit einbezieht.

### **SOFIS (Forschungsinformationssystem Sozialwissenschaften)**

**Inhalt:** SOFIS informiert über laufende, geplante und abgeschlossene Forschungsarbeiten der letzten zehn Jahre aus der Bundesrepublik Deutschland, aus Österreich und der Schweiz. Die Datenbank enthält Angaben zum Inhalt, zum methodischen Vorgehen und zu Datengewinnungsverfahren sowie zu ersten Berichten und Veröffentlichungen. Die Namen der am Projekt beteiligten Forscher und die Institutsadresse erleichtern die Kontaktaufnahme.

**Fachgebiete:** Soziologie, Politikwissenschaft, Sozialpolitik, Sozialpsychologie, Psychologie, Bildungsforschung, Erziehungswissenschaft, Kommunikationswissenschaften, Wirtschaftswissenschaften, Demographie, Ethnologie, historische Sozialforschung, Sozialgeschichte, Methoden der Sozialforschung, Arbeitsmarkt- und Berufsforschung sowie weitere interdisziplinäre Gebiete der Sozialwissenschaften wie Frauenforschung, Freizeitforschung, Gerontologie, Sozialwesen oder Kriminologie.

**Bestand der letzten 10 Jahre:** rund 50.000 Forschungsprojektbeschreibungen

**Quellen:** Erhebungen bei Institutionen, die sozialwissenschaftliche Forschung betreiben. In Deutschland wird die Erhebung von GESIS durchgeführt, in der Schweiz von FORS - der Schweizer Stiftung für die Forschung in den Sozialwissenschaften. Für Österreich hatte bis 2001 die Universitätsbi-



bliothek der Wirtschaftsuniversität Wien diese Aufgabe inne; ab 2006/07 wurde diese vom Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik - WISDOM - übernommen. Die Ergebnisse der GESIS-Erhebung werden ergänzt durch sozialwissenschaftliche Informationen fachlich spezialisierter IuD-Einrichtungen sowie von Forschungsförderern; ein nicht unerheblicher Teil an Ergänzungen wird schließlich durch Auswertung von Internetquellen sozialwissenschaftlicher Forschungsinstitute gewonnen.

### **SOLIS (Sozialwissenschaftliches Literaturinformationssystem)**

**Inhalt:** SOLIS informiert über die deutschsprachige fachwissenschaftliche Literatur ab 1945, d.h. Aufsätze in Zeitschriften, Beiträge in Sammelwerken, Monographien und Graue Literatur (Forschungsberichte, Kongressberichte), die in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder der Schweiz erscheinen. Bei Aufsätzen aus Online-Zeitschriften und bei Grauer Literatur ist im Standortvermerk zunehmend ein Link zum Volltext im Internet vorhanden.

**Fachgebiete:** Soziologie, Politikwissenschaft, Sozialpolitik, Sozialpsychologie, Bildungsforschung, Kommunikationswissenschaften, Demographie, Ethnologie, historische Sozialforschung, Methoden der Sozialforschung, Arbeitsmarkt- und Berufsforschung sowie weitere interdisziplinäre Gebiete der Sozialwissenschaften wie Frauenforschung, Freizeitforschung, Gerontologie oder Sozialwesen.

**Bestand:** Anfang 2012 ca. 430.000 Literaturnachweise

**Jährlicher Zuwachs:** ca. 16.000 bis 18.000 Dokumente

**Quellen:** Zeitschriften, Monographien einschließlich Beiträgen in Sammelwerken sowie Graue Literatur. SOLIS wird von GESIS in Kooperation mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg, den Herausgebern der Zeitschrift für Politikwissenschaft und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung hergestellt. Absprachen über einen regelmäßigen Datenaustausch bestehen darüber hinaus mit dem Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation in Trier und mit dem Deutschen Institut für Internationale Pädagogische Forschung in Frankfurt/Main.

### **Zugang zu den Datenbanken**

An nahezu allen Hochschulstandorten sowohl in Deutschland als auch in Österreich und der Schweiz sind SOLIS und SOFIS in der Bibliothek oder über Institutsrechner für die Hochschulangehörigen frei zugänglich.

### **[www.gesis.org/sowiport](http://www.gesis.org/sowiport)**

SOLIS und SOFIS können im sozialwissenschaftlichen Fachportal sowiport einzeln oder gemeinsam mit 18 weiteren Datenbanken durchsucht werden. sowiport enthält zurzeit folgende Datenbanken:

- Sozialwissenschaftliches Literaturinformationssystem SOLIS
- Sozialwissenschaftliches Forschungsinformationssystem SOFIS
- Social Science Open Access Repository SSOAR
- Datenbestandskatalog DBK
- Literaturdatenbank DZI SoLit des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen
- Katalog der Bibliothek der Friedrich-Ebert-Stiftung
- Katalog des Sondersammelgebietes Sozialwissenschaften der Universitäts- und Stadtbibliothek Köln
- Katalog der Bibliothek des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung
- Datenbank GeroLit des Deutschen Zentrums für Altersfragen
- FIS Bildung Literaturdatenbank
- Publikationen der Bertelsmann Stiftung
- ProQuest-CSA-Datenbanken (im Rahmen von DFG-Nationallizenzen): Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Applied Social Sciences Index and Abstracts, PAIS International, Worldwide Political Science Abstracts, Physical Education Index
- Fachinformationsführer SocioGuide mit Informationen zu Institutionen, Fachzeitschriften, Sammlungen, Netzwerken und Veranstaltungen

Insgesamt sind in und über sowiport mehr als 7 Millionen Quellen zu Literatur, Forschungsprojekten, Institutionen, Zeitschriften, Veranstaltungen sowie Themenschwerpunkte und Links zu Portalen erreichbar.

## **Auftragsrecherchen und Beratung bei der Datenbank-Nutzung**

In Ihrem Auftrag und nach Ihren Wünschen führt GESIS kostengünstig Recherchen in den Datenbanken SOFIS und SOLIS durch. Darüber hinaus werden Informationen aus weiteren nationalen und internationalen Datenbanken zu sozialwissenschaftlichen und/oder fachübergreifenden Themengebieten zusammengestellt.

Zur Unterstützung Ihrer eigenen Suche beraten wir Sie selbstverständlich jederzeit bei der Umsetzung sozialwissenschaftlicher Fragestellungen in effektive Suchstrategien in unseren Datenbanken.

## **Recherche Spezial und sowiport Themen-Feeds: aktuelle Themen im Internet**

Zu gesellschaftlich relevanten Themen in der aktuellen Diskussion werden in der Reihe „Recherche Spezial“ Informationen über sozialwissenschaftliche Forschungsprojekte und Veröffentlichungen zusammengestellt und nach spezifischen Teilaspekten eines Themas gegliedert. Verschaffen Sie sich einen raschen Überblick über die sozialwissenschaftliche Forschungslandschaft.

Die „sowiport Themen-Feeds“ präsentieren die neuesten Publikationen und Forschungsprojekte zu aktuellen Forschungsthemen in den Sozialwissenschaften. Aus den sowiport-Datenbanken werden mit definierten Suchanfragen Trefferlisten generiert und nach Aktualität sortiert. In der Standardeinstellung werden die aktuellsten Dokumente der letzten sechs Monate angezeigt, andere Zeiträume können ausgewählt werden.

Die in übersichtlichen Trefferlisten angezeigten Dokumente lassen sich schnell und problemlos weiterverarbeiten und können in einem individuell gestaltbaren Ordnersystem abgespeichert und verwaltet werden. Die Nachweise lassen sich mit allen bibliographischen Angaben in gängige Literaturverwaltungsprogramme exportieren oder per E-Mail an jede beliebige Mailadresse versenden.

Die Reihe der Themen-Feeds wird kontinuierlich erweitert. Eigene Themenvorschläge können per E-Mail an die GESIS gerichtet werden.

**[www.gesis.org/sowiport/themen-feeds](http://www.gesis.org/sowiport/themen-feeds)**

## **Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung – CEWS**

Als integraler Bestandteil der Fachinformation bietet CEWS disziplinenübergreifend Zugänge zu Themen, Informationen und aktuellen Fragen der Gleichstellung in der Wissenschaft. Durch das Sichtbarmachen des Potentials hoch qualifizierter Wissenschaftlerinnen unterstützt die Datenbank FemConsult die Erhöhung des Frauenanteils bei der Neubesetzung von Professuren und Führungspositionen in Wissenschaft und Forschung und die Förderung von Nachwuchswissenschaftlerinnen. Das CEWS-Themenportal (zu finden unter [www.gesis.org/cews](http://www.gesis.org/cews)) integriert Informationen zu allen gleichstellungsrelevanten Themen im Bereich Wissenschaft und Forschung (z.B. Statistik und Gleichstellungsrecht an Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen).

## **Internet-Service der GESIS**

Umfassende Informationen zu GESIS und zum Angebot an Dienstleistungen finden Sie unter

**[www.gesis.org](http://www.gesis.org)**

**GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften  
Abteilung Fachinformation für Sozialwissenschaften**

Unter Sachsenhausen 6-8

50667 Köln

Tel.: +49(0)221-47694-0

E-Mail: [info@gesis.org](mailto:info@gesis.org)

