



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

ARMUT UND GESUNDHEIT.

- Chronischer Stress, Stressverarbeitung und
Gesundheitsbeschwerden.

Verfasser

Martin Schenk

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Oktober 2008

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerin: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

VORWORT

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die diese Diplomarbeit ermöglicht bzw. unterstützt haben.

Zu großem Dank verpflichtet bin ich Fr. Ass-Prof. Dr. B. Lueger-Schuster für ihre Hilfe und Unterstützung.

Mein besonderer Dank gilt auch den vielen Personen, die bereitwillig an dieser Untersuchung teilnahmen und Fragebögen ausfüllten. Viele von ihnen waren zu diesem Zeitpunkt in schwierigsten persönlichen und sozialen Situationen.

Nicht zuletzt auch ein großes Dankeschön an Katharina und an meine ArbeitskollegInnen, die mir Zeit und Raum ließen für die Durchführung sowie das Verfassen dieser Arbeit.

Wien, im Oktober 2008

Martin Schenk

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	
Inhaltsverzeichnis	
Einleitung	6

Teil A: THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1. Gesundheit	9
2. Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit	10
2.1.1 Soziale Ungleichheit	10
2.1.2 Manifeste Armut und Armutsgefährdung	12
2.2. Gesundheitliche Ungleichheiten	15
2.2.1 Beschreibung	16
2.2.2 Erklärungsansätze	21
3. Stress und Stressverarbeitung	26
3.1. Transaktionale Stresstheorie	26
3.2. Theorie der Ressourcenausstattung	29
3.3. Chronischer Stress	31
4. Kontrolle und Vertrauen - und soziale Ungleichheit	33
4.1. Kohärenzsinn	33
4.2. Hardiness und Resilienz	39
4.3. Selbstwirksamkeit	40
4.4. Kontrollüberzeugung	42
5. Ansehen und Anerkennung - und soziale Ungleichheit	45
5.1 Job Strain und Gratifikationskrisen	45
5.2 Mangel an Anerkennung, Scham, soziale Angst	50
6. Soziale Unterstützung und soziale Integration	
- und soziale Ungleichheit	55

Teil B: EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

1. Fragestellungen	61
2. Untersuchungsmethodik	64
2.1. Messinstrumente	64
2.1.1. TICS	64
2.1.2. SOC-13	66
2.1.3. SVF	67
2.1.4. FBL-R	69
2.1.5. Sozialdaten	70
2.2. Untersuchungsdurchführung und -ablauf	76
2.3. Stichprobe	77
2.4. Auswertungsmethoden	81
3. Darstellung der Ergebnisse	84
3.1. Chronische Stressbelastung u. soziale Ungleichheit	84
3.2. Stressverarbeitung und soziale Ungleichheit	92
3.3. Gesundheitsbeschwerden und soziale Ungleichheit	106
3.4. Stressbelastung und Gesundheitsbeschwerden	120
3.5. Stressverarbeitung und Gesundheitsbeschwerden	123
4. Interpretation und Diskussion	134
4.1. Chronischer Stress und Armut/soziale Ungleichheit	134
4.2. Stressverarbeitung und Armut/soziale Ungleichheit	137
4.3. Gesundheitsbeschwerden u. Armut/soz. Ungleichheit	142
4.4. Chronischer Stress und Gesundheitsbeschwerden	144
4.5. Stressverarbeitung und Gesundheitsbeschwerden	145
5. Folgerungen und Kritik	149
Literaturverzeichnis	151

Anhang:

Verzeichnis der Abbildungen	162
Verzeichnis der Tabellen	163
Fragebogen	169
Abstract	197
Lebenslauf	199

EINLEITUNG

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind die Strategien der Stressverarbeitung von Menschen in schwierigen sozialen und wirtschaftlichen Situationen. Über 400 000 Menschen leben in Österreich unter der Armutsgrenze. Sie sind mit belastenden Alltagssituationen konfrontiert - und mit der Anforderung, diese täglich zu meistern.

Die Sozialforschung hat sich in den letzten Jahren verstärkt um die Phänomene der sozialen Ausgrenzung angenommen und eine Reihe von Ergebnissen produziert, die insbesondere die ökonomische Ausstattung von deprivierten Haushalten erfassen. Zunehmend kommen auch Lebenslagen und Lebensdimensionen in den Blick, wie Wohnen, soziale Netze, Gesundheit, Kultur oder Freizeit der Betroffenen.

Die Dimension der Gesundheit hat hier eine zentrale und entscheidende Bedeutung. Sie ist ein Seismograf im sozialen Feld für die Qualität von Lebensverhältnissen und sie ist andererseits eine wichtige Ressource für die Betroffenen selbst. Die Ergebnisse der internationalen Gesundheits- und Armutsforschung lassen uns wissen, dass ein Leben in schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen krankmachend ist. Dazu liegen für Österreich seit kurzem einige wenige statistische Ergebnisse vor. Diese Daten zu sichten und zusammenzutragen, war eine der Aufgaben dieser Arbeit.

In den Befunden zu Gesundheit und Armut bzw. Gesundheit und sozialer Ungleichheit wird von den AutorInnen stets beklagt, dass die Gruppe der Armutsbetroffenen in der Stichprobe zu wenig vertreten war. Erstens weil es schwierig ist, an die Betroffene heranzukommen und zweitens weil – besonders bei Längsschnittstudien – die Befragten der untersten sozialen Schicht kontinuierlich aus dem Sample herausfallen (vgl. Salentin, 2002; Statistik Austria, 2008a). Ein Ziel der vorliegenden Arbeit war es deshalb, die Gruppe der Armutsbetroffenen in der Stichprobe besonders gut zu erfassen.

Die Zusammenhänge zwischen sozialem Status und Gesundheit sind mittlerweile hinreichend beschrieben. Die Frage dreht sich jetzt vielmehr darum, die Wirkungszusammenhänge zu verstehen und empirisch gesicherte Erklärungen für die

beobachteten Phänomene zu finden. Besonders interessieren da die vermittelnden und moderierenden Variablen, die beispielsweise das erhöhte Auftreten prekärer Lebenslagen mit Herz-Kreislauf Erkrankungen erklären. Hierbei wurde die psychosoziale Seite bisher vernachlässigt (vgl. Siegrist & Marmot, 2008). Um einen Beitrag zur stärkeren Beschäftigung mit diesen psycho-sozialen Faktoren zu leisten, hat die vorliegende Untersuchung genau diese Schnittstelle zwischen sozioökonomischen Bedingungen und den gesundheitlichen Reaktionen als Focus gewählt.

Die psychologischen Stresstheorien bieten eine Möglichkeit, in dieses „dazwischen“ mit seinen Emotionen, Motivationen und Bewertungen vorzudringen. Das Hauptinteresse in dieser Arbeit gilt neben den allgemeinen Zusammenhängen zwischen chronischem Stress und Gesundheit unter Armutsbedingungen auch der Frage nach den Strategien der Stressverarbeitung von Menschen mit unterschiedlichem sozialem Status. Nach transaktionalem Stressverständnis interessiert hier besonders das „resource appraisal“. Dabei werden in dieser Untersuchung auch die protektiven und regenerativen Aspekte im Stressgeschehen bei Benachteiligten in den Blick genommen.

Die theoretische Diskussion um gesundheitliche und soziale Ungleichheiten ist mittlerweile von einem multidisziplinären und fächerübergreifenden Diskurs geprägt. Es fällt auf, dass Ansätze aus der Armutforschung, der Soziologie und der Psychologie interessante Überschneidungen bieten, auch wenn sie unabhängig voneinander, auch mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten, entwickelt wurden. Jedenfalls versucht diese Arbeit einen Überblick über die aktuelle Diskussion und die integrativen Ansatzpunkte unterschiedlicher theoretischer Konzepte zu geben.

Gesellschaftlich hat die Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Ungleichheiten in den letzten Jahren an Relevanz gewonnen. Auf europäischer Ebene ist mit den „Aktionsplänen für soziale Inklusion“, die alle Mitgliedsländer im Zwei-Jahresrhythmus erstellen müssen, der Gesundheitsaspekt im Zusammenhang mit sozialen Fragen wichtig geworden. Einige EU-Staaten wie England oder Finnland haben ihren Vorsitz prominent genützt, um „Health in all Policies“ voranzutreiben. Auch in Österreich wird gesundheitlichen Ungleichheiten eine „neue“ Aufmerksamkeit geschenkt. Der Fonds Gesundes Österreich, einige

Bundesländer und auch die großen Gesundheitsträger beschäftigen sich zunehmend mit den Folgen sozial prekärer Lebenslagen und deren gesundheitlichen Implikationen.

Die vorliegende Arbeit soll die Zusammenhänge zwischen chronischem Stress, Stressverarbeitung und Gesundheit bei Menschen am sozialen Rand der Gesellschaft aufzeigen. Dazu wird eingangs im theoretischen Teil versucht, die Gegenstandsbereiche „Armut“, „soziale Ungleichheit“, „Stress“ und wichtige moderierende bzw. mediatierende Faktoren im Stressgeschehen wie „Kohärenzsinn“, „Kontrolle“, „Selbstwirksamkeit“, „Gratifikation“ „soziale Unterstützung“ zu definieren und konzeptionell zu erfassen. Basierend auf einer umfangreichen Literaturanalyse werden die jeweiligen Begriffe in den Kontext aktueller Untersuchungsergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit gesetzt.

Im zweiten Teil der Arbeit, der empirischen Untersuchung, wird den Fragestellungen nachgegangen, die Ergebnisse werden in fünf Kapiteln ausführlich dargestellt und am Schluss zusammenfassend diskutiert.

TEIL A: THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1. Gesundheit

Der Medizinhistoriker Engelhardt (1975) hat sinngemäß formuliert, dass es für die Medizin viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit gibt. In der binären Codierung von gesund/krank definiert sich nicht nur die Medizin als autonomes Handlungssystem: „Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist.“, so der Systemtheoretiker Luhmann (1990).

Im Englischen bedeutet „ease“ ohne das verneinende „dis“ (disease) soviel wie Leichtigkeit, Behaglichkeit und Sorglosigkeit. Das kommt dem salutogenetischen Paradigma nahe, das von Ressourcen statt von Defiziten und von einem dynamischen Kontinuum spricht.

Es gibt keine allgemeine Definition von Gesundheit, weil sich auch kein allgemeines Substrat von Gesundheit finden lässt. Es gibt aber soziale und kulturelle Konstruktionen von Gesundheit, die Auskunft über das Welt- und Menschenbild geben, das ihnen zu Grunde liegt.

Die WHO hat mit ihrer Definition aus dem Jahr 1946 einen historischen Befreiungsschlag versucht, den Gesundheitsbegriff aus dem engen medizinischen Versorgungssystem zu lösen. Gesundheit wird als der „Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ gesehen (WHO, 1946).

An dieser Definition ist nicht nur wegen ihres utopischen Gehalts einige Kritik geübt worden, sondern auch wegen der Normalitätskonstruktion von Gesundheit als paradiesischer Glückszustand. Moderate Beschwerden und Gesundheit schließen einander nicht aus.

Diese Arbeit orientiert sich an einem multidimensionalen Gesundheitsbegriff, der psychische, physische und sozialstrukturelle Komponenten miteinander verbindet. Erhoben werden Beschwerden und Befindlichkeiten, aktuelle Erkrankungen und chronische Krankheiten. Im Stressgeschehen liegt das Augenmerk auf den protektiven Faktoren und Ressourcen.

Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein Gleichgewichtsstadium, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer neu hergestellt werden muss. Voraussetzung hierfür sind sowohl personale als auch soziale Voraussetzungen, vor allem

- die Fähigkeit, dem Leben Freude und Sinn abzugewinnen und Störungen und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens früh zu erkennen und vorbeugend abzuwehren;
 - die Fähigkeit, sich mit bereits eingetretenen Gesundheitsstörungen und Krankheiten aktiv auseinander zu setzen und unvermeidbare chronische Krankheiten in den eigenen Lebensrhythmus zu integrieren;
 - der Zugang zu Arbeits- und Lebensbedingungen, die eine produktive Entfaltung eigener Kompetenzen zulassen und eine soziale Integration mit aktiver Mitgestaltung sichern und
 - die Verfügbarkeit von strukturell und qualitativ angemessenen Angeboten der Behandlung und Betreuung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen.
- (Hurrelmann, 2000, S. 8)

2. Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit

2.1.1 Soziale Ungleichheit

Der Begriff soziale Ungleichheit definiert „Unterschiede zwischen Gesellschaftsmitgliedern bezüglich sozialer Schichtmerkmale, wie z.B. Einkommen, Teilhabe an den Bildungsgütern, berufliches Sozialprestige, verfügbarer Besitz, Gesundheitsrisiken von Arbeitsbedingungen und Wohngegend“ (Freidl, Stronegger, & Neuhold, 2001, S. 50). Die wichtigste Determinante sozialer Ungleichheit stellte nach Hradil (2006, S. 34) in vorindustriellen Ständegesellschaften die Geburt dar, in der beginnenden Industriegesellschaft war es der Besitz und in den modernen Industriegesellschaften entwickelte sich der Beruf zum zentralen Ungleichheitsfaktor. „Sage mir welchen Beruf Du ausübst und ich sage Dir, wo Du in der Gesellschaft stehst“ (Hradil, 2006, S.34). Als bedeutsamste Dimensionen sozialer Ungleichheit gelten heute berufliche Position, Einkommen und Bildung, die für die Konstruktion sozialer Schichten miteinander kombiniert werden. Dieser sozioökonomische Status entspricht einer vertikalen Ungleichheit, die mit anderen Dimensionen verwoben ist wie Gesundheit, Wohnsituation, sozialen Kontakten und auch Lebensstilen.

Wenn Einkommen ungleich verteilt ist, spricht man von Verteilungsungleichheit. Unter Chancenungleichheit hingegen versteht man, wenn bestimmte Bevölkerungsgruppen wie Frauen oder Zugewanderte „innerhalb der Verteilung eines knappen, begehrten Gutes eine bessere oder schlechtere Stellung einnehmen“ (Hradil, 2006, S. 34).

Vertikale und horizontale Ungleichheiten sind miteinander verwoben. Es ist nicht so, dass in der postindustriellen Gesellschaft, soziale Schichten bzw. sozialer Status vom Milieu bzw. der Lebenslage abgelöst werden, sondern es zeigen sich neue Verknüpfungen und Abhängigkeiten. Pierre Bourdieu (1982) hat mit dem Begriff des „Habitus“ den Brückenkopf beschrieben, der in einem Feedbackprozess soziale Position und Lebensstil verbindet. „Insofern unterschiedliche Existenzbedingungen unterschiedliche Formen des Habitus hervorbringen, [...] erweisen sich die von den jeweiligen Habitus erzeugten Praxisformen als systematische Konfiguration von Eigenschaften und Merkmalen und

darin als Ausdruck der Unterschiede, die [...] als Lebensstile fungieren“ (Bourdieu 1982, S. 278).

Die drei Dimensionen des Schichtindikators haben auch ihre Grenzen. Die berufliche Position gilt nur für die eine Hälfte der Bevölkerung: die Erwerbstätigen. Für die andere Hälfte wie PensionistInnen, Arbeitslose und viele Armutsbetroffene ist der Berufsstatus nicht ermittelbar. Und für gut ausgebildete „Ich-AG“s und studierte Taxifahrer verbindet sich hohe Bildung nicht mehr mit hohem Einkommen.

2.1.2. Manifeste Armut und Armutsgefährdung

In der sozialwissenschaftlichen Forschungspraxis wird Armut als eine Form der extremen sozialen Ungleichheit verstanden. Als „arm“ werden jene Haushalte identifiziert, die am weitesten vom gesellschaftlichen Reichtum entfernt sind.

Armut sagt sprachlich, dass es an etwas mangelt, Reichtum, dass etwas in Fülle da ist. „Arm ist derjenige, dessen Mittel zu seinen Zwecken nicht zureichen“, merkte Georg Simmel (1992, S. 548) knapp an. Armut ist relativ. Sie setzt sich stets ins Verhältnis, egal wo. Sie manifestiert sich in reichen Ländern anders als in Kalkutta. Menschen, die in Österreich von 300 oder 500 € im Monat leben müssen, hilft es wenig, dass sie mit diesem Geld in Kalkutta gut auskommen könnten. Die Miete ist hier zu zahlen, die Heizkosten hier zu begleichen und die Kinder gehen hier zur Schule. Armut wird deshalb relativ zum gesellschaftlichen und ökonomischen Kontext definiert, in der sie auftritt (vgl. Schenk, 2008a).

Eine weitere Annäherung an den Begriff der Armut ist der empirisch abgesicherte Gedanke, dass Armut das Leben sei, mit dem die wenigsten tauschen wollen. Arme haben die schlechtesten Jobs, die geringsten Einkommen, die kleinsten und feuchtesten Wohnungen, sie haben die krank machendsten Tätigkeiten, wohnen in den schlechtesten Vierteln, gehen in die am geringsten ausgestatteten Schulen, müssen fast überall länger warten – außer beim Tod, der ereilt sie um einige Jahre früher als Angehörige höheren sozialen Status (vgl. Statistik Austria, 2008a; Doblhammer & Kytir, 1998).

Die Statistik Austria (2008a) spricht von „manifeste Armut“ wenn neben einem geringen Einkommen deprivierte Lebensbedingungen auftreten: Die Betroffenen können sich abgetragene Kleidung nicht ersetzen, die Wohnung nicht angemessen warm halten, keine unerwarteten Ausgaben tätigen, sie weisen einen schlechten Gesundheitszustand auf, sind chronisch krank, leben in feuchten, schimmigen Wohnungen (siehe Tab. 1). 460 000 Menschen (5,6 % der Wohnbevölkerung) in Österreich sind davon betroffen, Frauen stärker als Männer. Ein Viertel der Armutbevölkerung sind Kinder. Ihre Eltern sind zugewandert, erwerbslos, allein erziehend, psychisch beeinträchtigt oder haben Jobs, von denen sie nicht leben können. 570 000 Menschen (6,9%) sind "einkommensarm" ohne Anzeichen von Deprivation. Insgesamt befinden sich also rund eine Million Personen unter der Einkommensarmutsschwelle. Ihr Haushaltseinkommen liegt unter der Armutsgrenze, die mit 60 Prozent des Median-Pro-Kopf-Haushaltseinkommens definiert ist.¹

Betrachten wir Armut in der Zeit, wird eine noch größere Zahl von Menschen sichtbar, die an den sozialen Rändern leben. Es zeigt sich aber auch, dass eine halbe Million über die Einkommensarmutsgrenze herauskommt, gleichzeitig aber ein halbe Million „chronisch“ darunter bleibt. Etwa 550.000 Personen haben gegenüber dem Vorjahr einen Abstieg unter die Armutsgrenze erlebt. Geringfügig mehr Personen haben einen Aufstieg geschafft. Bei rund der Hälfte der Aufstiege ist das Haushaltseinkommen weniger als 150 Euro über der Armutsschwelle, bei 111.000 sogar weniger als 50 Euro. 440.000 Personen bzw. 5 Prozent der Bevölkerung bleiben in zwei aufeinander folgenden Jahren unter der Armutsgrenze. Somit kommen 44 Prozent der Armen im Beobachtungszeitraum von zwei Jahren nicht aus der Armutssituation heraus.

Eine andere Datenquelle für Armutssituationen stellen die Zahlen des untersten sozialen Netzes in Österreich dar. Von der Sozialhilfe mussten im Jahr 2006 131.000 Menschen leben (Statistik Austria 2008b).

Die Sozialberatungsstellen der Hilfsorganisationen berichten, dass die Betroffenen bunter sind als der schnelle Blick glauben macht. Der Dauerpraktikant mit Uni-Abschluss und der Schulabbrecher, die Alleinerzieherin und die Langzeitarbeitslose, der Mann mit

¹ Die Daten von EU-SILC beinhalten Privathaushalte. Wohnungslose und BewohnerInnen von Heimen, Krankenhäusern, sozialen Unterkünften oder Notschlafstellen scheinen in dieser Statistik nicht auf. Weiters bleiben die Ausgabenseite und die Verteilung des Haushaltsbudget zwischen den Familienmitgliedern unberücksichtigt.

Depression und der Überschuldete, das Mädchen in der Leiharbeitsfirma wie der Sohn als Ich-AG. (vgl. Dawid & Heitzmann, 2006).

Tab. 1: Bereiche und Indikatoren nicht-monetärer Benachteiligung (Statistik Austria, 2008, S. 44).

Deprivationsbereiche und Indikatoren	Gesamt	in %		Anzahl in 1.000
		Armutsgefährdet	Nicht Armutsgefährdet	
1.) Primäre Benachteiligung der Lebensführung	10	28	7	788
Kann sich nicht leisten.....				
Urlaub zu machen	26	55	22	2100
jeden 2.Tag Fleisch, Fisch zu essen	9	22	7	758
neue Kleider zu kaufen	5	13	4	396
die Wohnung angemessen warm zu halten	4	8	3	313
unerwartete Ausgaben zu tätigen	26	61	21	2162
Ist mit Zahlungen im Rückstand	3	8	2	265
2.) Sekundäre Benachteiligung der Lebensführung	4	12	3	305
Kann sich nicht leisten.....				
PKW	5	15	3	389
Handy	1	3	0	62
Geschirrspülmaschine	4	13	3	361
PC	5	12	4	388
Internet	8	18	7	652
DVD-Player	4	10	3	308
3.) Gesundheitliche Beeinträchtigung	6	10	6	510
Sehr schlechter allgemeiner Gesundheitszustand	1	2	1	98
Stark beeinträchtigt durch eine Behinderung	8	12	7	633
Chronisch krank	18	23	17	1483
4.) Wohnungsprobleme	3	7	3	277
Ohne Bad, Dusche oder WC	1	6	1	123
Feuchtigkeit und Schimmel	10	14	10	840
Dunkle Räume	7	10	6	565
Keine Waschmaschine/Waschküche	1	2	0	42
5.) Probleme im Wohnumfeld	9	10	8	708
Lärmbelästigung	19	21	18	1529
Umweltverschmutzung	8	9	7	617
Kriminalität	12	11	12	988

Q: EU-SILC 2006.

Seit Anfang 2000 ist eine Gruppe in der „Armutsbevölkerung“ stark angewachsen: die working poor. 230 000 Menschen leben hierzulande in Haushalten, in denen der Verdienst trotz Erwerbsarbeit nicht reicht, um die eigene Existenz -und die der Kinder- zu sichern. Von diesen 230 000 sind 97 000 manifest arm. Von den "unregelmäßig Beschäftigten" sind 16% armutsgefährdet, Personen mit "Teilzeit weniger als 12 Stunden" 24% und bei

Menschen mit "35h Wochenarbeitsstunden für weniger als 1000 Euro Brutto" sind 22% armutsgefährdet. Die Zahl der Personen in Haushalten, die unter der Armutsgrenze leben und in denen gleichzeitig der/die Hauptverdiener/in vollzeitbeschäftigt ist, beträgt immerhin 68 000.

Der Begriff der „manifesten Armut“ verbindet ein Haushaltseinkommen unter der Armutsschwelle mit ausgrenzenden Lebensbedingungen. Armut heißt eben nicht nur ein zu geringes Einkommen zu haben, sondern bedeutet einen Mangel an Möglichkeiten, um an den zentralen gesellschaftlichen Bereichen zumindest in einem Mindestausmaß teilhaben zu können: Wohnen, Gesundheit, Arbeitsmarkt, Sozialkontakte, Bildung. Amartya Sen (2000, S. 110) spricht in diesem Zusammenhang von einem Mangel an „Verwirklichungschancen“, einem Mangel an existenziellen Freiheiten.

Traditionell wurde Armut als Mangel an Gütern definiert. Der Ökonom Amartya Sen argumentierte hingegen, dass es auch um die Fähigkeit gehe, diese Güter in Freiheiten umzuwandeln. Und zwar in Freiheiten von Menschen, ihre Vorstellungen von einem guten Leben zu verwirklichen. Denn Güter sind begehrt um der Freiheiten willen, die sie einem verschaffen. Zwar benötigt man dazu Güter, aber es ist nicht allein der Umfang der Güter, der bestimmt, ob diese Freiheit vorhanden ist. Die Möglichkeit, seine Vorstellungen von einem guten Leben zu verwirklichen, hängen auch von gesellschaftlichen Strukturen, Lebensgewohnheiten, sozialen Techniken und dem allgemeinen Reichtum ab (vgl. Schenk, 2008b).

Sen unterscheidet functionings, auf Deutsch etwa Grundfunktionen oder tatsächliche Möglichkeiten, und capabilities, Fähigkeiten. „Ein functioning, eine tatsächliche Möglichkeit, ist etwas, was wirklich erreicht wurde, wohingegen eine Fähigkeit das Vermögen ist, etwas zu erreichen“ (Böhler, 2004, S. 15).

2.2. Gesundheitliche Ungleichheiten

Gesundheitliche Ungleichheiten beschreiben nun die Unterschiede, die sich in Morbidität und Mortalität nach sozialen Schichten, sozialem Status oder anderen sozioökonomischen Maßzahlen ergeben. Dazu hat sich in den letzten Jahren ein wiedererwachtes

Forschungsinteresse entwickelt, das neben den zentralen Morbiditäts- und Lebenserwartungsindikatoren auch subjektive und psychosoziale Aspekte in den Blick genommen hat.

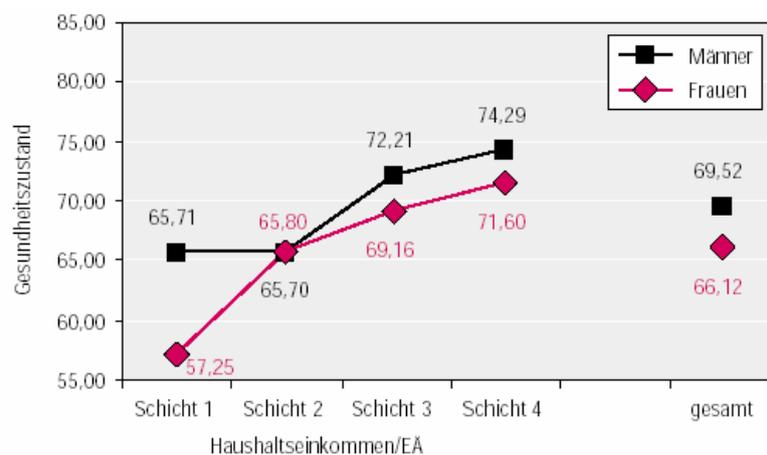
2.2.1. Beschreibung

Für Österreich liegen die aktuellsten Daten zur Mortalität schon zeitlich etwas zurück. Zahlen über die Sterblichkeit zeigen uns auf die Spitze getrieben die Ungleichheit vor dem Tod: Wer geringe Bildung (und damit angenommen geringeres Einkommen) hat, stirbt durchschnittlich früher als diejenigen mit höherem Einkommen und höherer Bildung. Soziale Ungleichheit verkürzt das Leben. Menschen mit geringerem sozialem Status haben aber nicht nur eine geringere Lebenserwartung, sie haben im Alter auch weniger von Behinderung freie Jahre in Gesundheit zu erwarten. Männer und Frauen „unten“ sind im Durchschnitt 2,2 bzw. 2,8 Jahre gesundheitlich so sehr eingeschränkt, dass sie in ihren lebensnotwendigen Tätigkeiten auf fremde Hilfe angewiesen sind, wohingegen Männer und Frauen „oben“ im Durchschnitt nur 0,8 bzw. 1,3 Jahre pflegebedürftig sind (vgl. Doblhammer & Kytir, 1998).

Zur Morbidität gibt es wenige, aber dafür aktuellere Daten. Die Bevölkerung unter der Armutsgrenze weist einen dreimal schlechteren Gesundheitszustand auf (11%) als hohe Einkommen (4 %). Und ist doppelt so oft krank wie mittlere Einkommen (7%) (vgl. Statistik Austria, 2007). Fragt man nach den Bildungsabschlüssen, sind PflichtschulabsolventInnen doppelt so oft von chronischer Krankheit betroffen (21%) wie Personen mit Maturaabschluss (11%). Nach der beruflichen Stellung bezeichnen 90% mit höheren bzw. führenden Tätigkeiten ihren Gesundheitszustand als "gut", während es bei Hilfsarbeitern nur 76% sind. Diese Ergebnisse aus den EU-SILC Erhebungen über Einkommen und Lebensbedingungen (Statistik Austria, 2007) werden durch die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria (2008c) bestätigt. Einkommensschwache Personen beurteilen ihren Gesundheitszustand subjektiv deutlich seltener mit sehr gut oder gut als Personen mit höherem Einkommen. Zum gleichen Ergebnis kommt auch der Wiener Gesundheitssurvey (Freidl, Stronegger & Neuhold, 2001, S. 179). Auffallend ist hier der Sprung zwischen der untersten Schicht 1 und Schicht 3, während Schicht 3 und 4

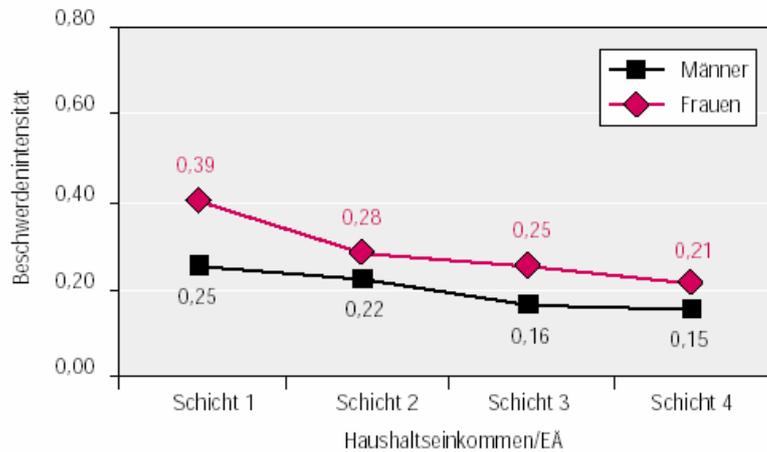
nur geringer auseinander liegen. Es dürfte sich ab einem gewissen Einkommenslevel der subjektive Gesundheitszustand nur mehr geringfügig verbessern, darunter sich aber jeder Einkommenszuwachs besonders stark auswirken. Am meisten profitieren davon Frauen, die insgesamt ihren Gesundheitszustand als schlechter beurteilen als Männer.

Abb. 1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Freidl, Stronegger & Neuhold, 2001, S.179).



Im Indikator „Beschwerdenzahl“ ist die Richtung die gleiche. Steigen die Haushaltseinkommen, fällt die Beschwerdenzahl (Freidl et al., 2001, S. 190). Frauen sind stärker betroffen. Mit dem Alter nehmen die Beschwerden zu. Die häufigsten Beschwerden sind bei Männern und Frauen Schmerzen des Bewegungsapparates, bei Frauen häufiger Müdigkeit, Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Die meisten Beschwerden treffen die unteren Einkommensgruppen zwei bis dreimal häufiger als die oberen. Den größten Unterschied zwischen den Einkommensgruppen findet sich bei Beschwerden mit „psychosomatischem Anteil, und zwar bei Depressionen und depressiven Verstimmungen, Kopfschmerzen, Angst/Nervosität, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Einen etwas kleineren Unterschied zeigen Gelenkschmerzen, Magen-Darm und Verdauungsbeschwerden, Atemschwierigkeiten, Konzentrationsstörungen und bei den Frauen Schlafstörungen“ (Freidl et al., 2001, S. 30).

Abb. 2: Beschwerdenintensität nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Freidl et al., 2001, S.227).



Die größte Zahl psychischer Beschwerden (Schlafstörungen, Nervosität, Depression) fanden Schleicher und Hlava (2003, S. 23) bei Arbeiterinnen, ungleich weniger bei Facharbeiterinnen, Beamtinnen, Angestellten und Selbständigen.

Im Falle chronischer Krankheiten ergab die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria (2008c, S. 7), dass Armutsbetroffene vermehrt an chronischen Krankheiten wie Angstzustände und Depression, Harninkontinenz, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus sowie Migräne und Kopfschmerzen leiden. Bei armutsbetroffenen Frauen fand sich vermehrt Diabetes, Bluthochdruck und ein hohes Schmerzvorkommen. Besonders ausgeprägt sind die gesundheitlichen Ungleichheiten bei Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Stoffwechsels und des Herz-Kreislaufsystems. „Unter Diabetes leiden Personen der untersten Einkommenschicht ab einem Alter von 45 ca. fünfmal so häufig wie jene der obersten Schicht“ (Freidl et al., 2001, S.31). Und Hypertonie nimmt mit dem Einkommen stark ab, besonders bei Frauen. In Wien erkrankten weiters 10,2 Prozent der Männer in den untersten 15 Prozent der Haushaltseinkommen (weniger als 726 €) an einem Magengeschwür, aber nur 5,2 Prozent im obersten (mehr als 1890 €), bei den Frauen beträgt das Erkrankungsrisiko 9,5 Prozent zu 0,9 Prozent.

Einen guten Überblick über die Wirkzusammenhänge sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten gibt Wukounig (2003) in einer Untersuchung der Lebens- und Gesundheitsumstände von PensionistInnen. Die Ergebnisse, die sich auf die Auswertung von oberösterreichischen Krankenkassendaten beziehen, waren:

- Je geringer das Einkommen, desto häufiger die Krankheiten. Während im untersten Einkommensbereich (unter 730 €) die Gesunden nur einen geringen Anteil von 58 % ausmachen, steigt die Rate der Gesunden mit dem Ausmaß der Pensionshöhe an und beträgt in der obersten Einkommensschicht (über 1.451 €) bereits 74 %. Der höchste Anteil der Kranken befindet sich bei den „Ärmeren“ (6%), der geringste bei den „Reicheren“ (1%).
- Obwohl die PensionistInnen mit dem untersten Einkommen am meisten krank sind, nehmen sie am geringsten Gesundheitsdienste in Anspruch. Die Inanspruchnahme von Ambulanz, Vertragsärzten, Heilbehelfen, Zahnbehandlung ist bei den „Ärmeren“ im Vergleich zu höheren Einkommen am geringsten.
- Ärmere sind am wenigsten selbstbewusst, um Unterstützung zu bitten, obwohl sie am stärksten von Krankheit betroffenen sind. Die untersten EinkommensbezieherInnen zeigen das geringste Selbstbewusstsein bei der Frage nach „Anspruch auf Hilfe“.

Weiters hat Arbeitslosigkeit einen sehr großen Einfluss auf die Gesundheit. Zu diesem Zusammenhang gibt es – im Gegensatz zu anderen Indikatoren sozialer Ungleichheit – in Österreich eine größere Zahl und auch Tradition an Forschung. Aktuelle empirische Daten finden sich in der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria. Erwerbslose schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand wesentlich schlechter ein und leiden häufiger an chronischen Krankheiten (Statistik Austria, 2008c, S. 9). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Sarah Sebinger (2007, S. 37) im oberösterreichischen Gesundheitsbericht anhand der Krankenhausaufenthalte Arbeitsloser, deren Erkrankungsrisiko bis zum vierfachen über dem der Erwerbstätigen liegt.

Die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten, die in der Kindheit auftreten, haben eine hohe Prognosewirkung für die Morbidität im Erwachsenenalter. Der sozialen Status eines Kindes kann oft am Zustand der Zähne abgelesen werden. Bei Neunjährigen aus

armen Familien sind durchschnittlich 5 Zähne gefault (vgl. Siegrist, 1998). Bei Kindern von Erwerbslosen und SozialhilfeempfängerInnen treten überproportional Kopfschmerzen auf. Teilt man die Gesellschaft in drei soziale Schichten, treten bei Kindern in der unteren Schicht mehr Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und Einsamkeit auf (Klocke & Hurrelmann, 1995).

Weiters gibt es einen sozialen Gradienten der Körpergröße. Je höher die soziale Position einer Gruppe ist, desto größer ist ihre durchschnittliche Körpergröße. Bei einer Stichprobe in der Steiermark konnte der Gesundheitswissenschaftler Willibald-Julius Stronegger (1996) dieses Größengefälle mit abnehmender Bildung bestätigen. Die Unterschiede sind ebenfalls in den sozialen Benachteiligungen der Kindheit begründet. Diese Kinder tragen die soziale Benachteiligung als gesundheitliche Benachteiligung ein Leben lang mit. Sie sind auch als Erwachsene deutlich kränker als der Rest der Bevölkerung. Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen (vgl. Schenk, 2004).

Diese Ergebnisse zum Einfluss von Armut und sozialem Status auf die Gesundheit in Österreich entsprechen den Forschungsergebnissen, die international vorliegen (vgl. Mackenbach & Bakker, 2002; Marmot, 2005; Mielck, 2000; Orpama & Lemyre, 2004; Wilkinson, 2001).

Das Bild ist überall das gleiche: Mit sinkendem sozialem Status steigen die Krankheiten an, die untersten sozialen Schichten weisen die schwersten Krankheiten auf und sind gleichzeitig mit der geringsten Lebenserwartung ausgestattet. Es lässt sich eine soziale Stufenleiter nachweisen, ein sozialer Gradient, der mit jeder vorrückenden Einkommensstufe die Gesundheit und das Sterbedatum anhebt.

Der Gradient selbst aber hat unterschiedlichste Ausprägungen. Siegrist und Marmot (2008) konstatieren, dass die Unterschiede in der frühen Kindheit und im mittleren Erwachsenenalter am höchsten sind. Weiters ist der Gradient bei Männern steiler als bei Frauen. Dann finden sich Ungleichheiten zwischen Ländern und Regionen. Und es bestehen verschiedenste Gradienten in den Krankheitsbildern. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede bei „koronaren Herzkrankheiten, Depressionen, Suiziden und anderen gewaltbedingten Todesursachen, Typ 2-Diabetes sowie weiteren, durch Übergewicht bedingten Störungen, schließlich bei Lungenkrebs, Atemwegserkrankungen, Leberzirrhose und sexuell übertragbaren Krankheiten“ (Siegrist & Marmot, 2008, S.17). Krankheiten, bei

denen sich der Gradient der Ungleichheit weniger stark ausprägt, betreffen „ u.a. andere „Krebserkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen und einige neurobiologische Erkrankungen.“ (Siegrist & Marmot, 2008, S.17). Einen positiven Gradienten hingegen weisen z.B. Brustkrebs und Asthma auf. Ist der soziale Status höher, treten die Erkrankungen häufiger auf.

2.2.2. Erklärungsansätze

Die im so genannten „Black-Report“ zu Beginn der 80er Jahre in Großbritannien publizierten Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten sind bis heute Ausgangspunkt von empirischen wie theoretischen Überlegungen (vgl. Townsend & Davidson, 1982). Vier Erklärungen für die erhobenen Ungleichheiten in Mortalität und Morbidität wurden vorgeschlagen. Zum ersten könnte es sich bei den beobachteten Zusammenhängen um ein Artefakt handeln, um einen Scheinzusammenhang. Zweitens könnten die Ungleichheiten zwischen sozialen Schichten auf soziale Selektion zurückzuführen sein. Drittens wäre es möglich, dass materielle oder sozialstrukturelle Einflüsse entscheidend sind. Und viertens wird erwogen, dass kulturelle und verhaltensbezogene Parameter die Gesundheit nachhaltig bestimmen.

Das Artefakt-Argument ist aufgrund „epidemiologischer Längsschnittstudien, die auf Individualdaten beruhen“ (Siegrist & Marmot, 2008, S. 9) nicht stichhaltig und empirisch widerlegt.

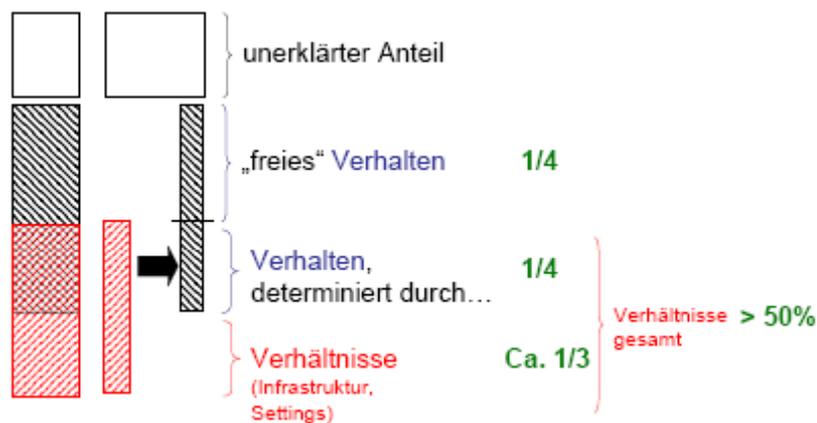
Die soziale Selektionshypothese argumentiert, dass Krankheit und schlechte Gesundheit zu sozialen Problemen führen. Krankheit macht arm. „Selektion“ meint hier einen Auswahlprozess, der die soziale Mobilität von Menschen beeinflusst. Wer krank ist, steigt ab, wer gesund ist, steigt auf. Der Gesundheitszustand bestimmt den sozioökonomischen Status. Dieses Phänomen konnte auch in einer Reihe von Studien beobachtet werden. Aber trotz dieser Anhaltspunkte hat „die Forschung insgesamt aufzeigen können, dass die Anzahl der hiervon betroffenen Personen zu gering ist, um entscheidenden Einfluss auf

die beobachteten Unterschiede in der Gesundheit auszuüben“ (Richter & Hurrelmann, 2006, S. 18). Zu ähnlichen Schlüssen kommen Mackenbach (2006) und Lahelma (2006).

Die sozialstrukturalistische Erklärung sieht die sozioökonomischen Bedingungen als zentrale Wirkkraft für gesundheitliche Ungleichheiten. Armut macht arm. Über das Einkommen, den Beruf und Bildungsabschlüsse vermitteln sich unterschiedliche Lebensbedingungen mit unterschiedlichen Wohnverhältnissen, Arbeitsplätzen und Erholungsräumen. Die Alltagsbelastungen sind ungleich verteilt und führen dort, wo sie überproportional auftreten, zu höheren gesundheitlichen Risiken. Belastungen können physisch wie auch psychisch verstanden werden. Schlechte Luft für Ärmere in Wohnungen an den Autorouten der Großstädte belastet den Organismus, genauso wie chronischer Stress unter einem prekären und unsicheren Alltag.

Der vierte Erklärungsansatz stellt die kulturellen und verhaltensbezogenen Lebensstile in den Mittelpunkt. „Kulturelle Einflüsse formen in starkem Maße gesundheitsschädigendes und – förderndes Verhalten durch Prozesse der Sozialisation, die ihrerseits schichtspezifisch variieren“ (Siegrist & Marmot, 2008, S. 21). Da geht es um ungünstiges Ernährungsverhalten, Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht. Für das Verständnis der Wechselwirkungen spielt hier der Begriff des Habitus (Bourdieu, 1982) eine große Rolle.

Abb. 3: Verhältnis-/Verhaltens-Anteile am Schichtgradienten (Stronegger, 2007, S. 14).



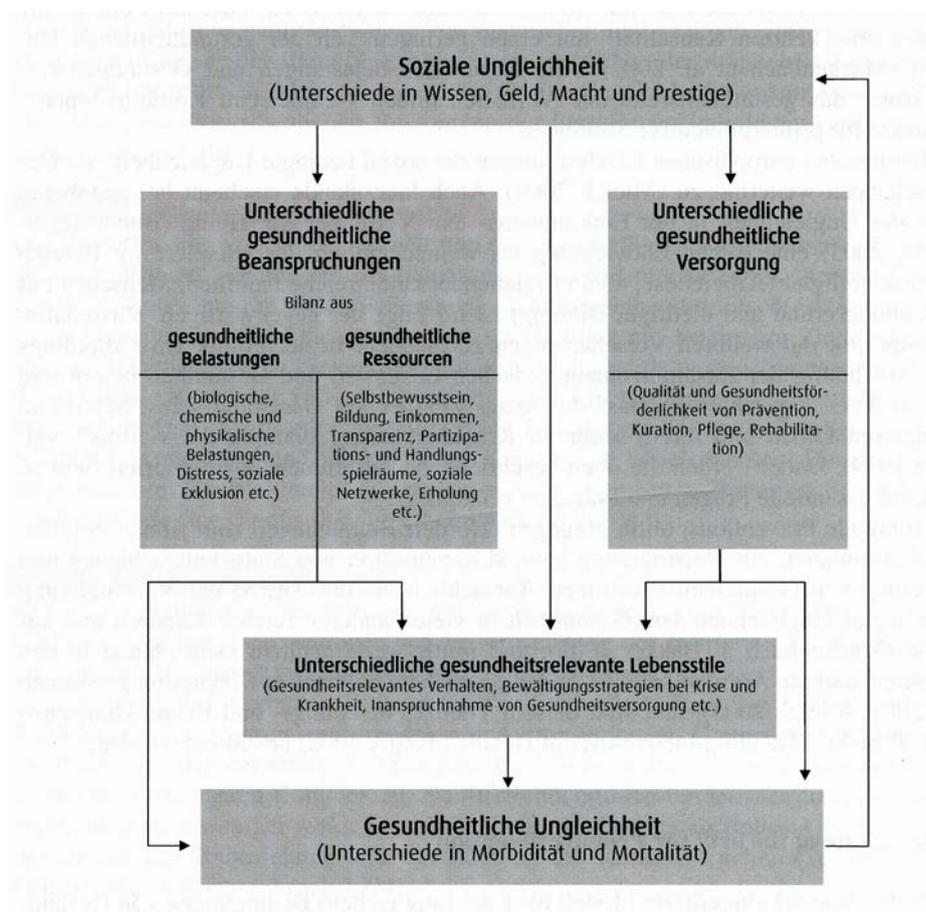
Der dritte und vierte Ansatz gelten als die empirisch am besten belegten. Als Resümee der Globe-Studie (Van Lenthe, Schrijvers & Mackenbach, 2004) stellt Stronegger (2007) den hohen Anteil dar, den die beiden Erklärungsansätze am Schichtgradienten der Gesundheit haben, über 50% werden durch soziale und umweltbedingte Belastungen erklärt.

Als eine weitere Begründung für gesundheitliche Ungleichheiten wird die mangelnde und schlechtere Gesundheitsversorgung Ärmere vorgebracht. Die Versorgungshypothese erklärt einen Teil des Gradienten, aber in vergleichsweise schwacher Ausprägung. Gleicher Zugang zur Krankenversorgung hat keinen Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zur Folge, wenn gleichzeitig die Kluft zwischen arm und reich steigt. „Erreichbarkeit und Qualität der medizinische Versorgung erklären lediglich ca. 10% bis 30% der in den Bevölkerungen reicher Länder kontinuierlich festzustellenden Verbesserungen des Gesundheitszustands und der Lebenserwartung“, analysiert Rosenbrock (2001, S. 1). Und die Weltgesundheitsorganisation WHO stellt lapidar fest: „Auch wenn die medizinische Versorgung bei einigen schweren Erkrankungen zu verlängerter Lebenserwartung und besserem Krankheitsverlauf führen kann, so sind die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, die die Menschen krank und hilfsbedürftig machen, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung weitaus wichtiger“. Und Nachsatz: „Allgemeiner Zugang zu medizinischer Versorgung ist allerdings selbst eine der sozialen Determinanten von Gesundheit“ (WHO, 2004, S. 7).

Als Ergänzung zur sozialstrukturellen Erklärung und zu den Theorien des Lebensstils hat sich der psychosoziale Erklärungsansatz entwickelt. Kein Geld zu haben, macht ja nicht krank; sondern krankmachend sind jene Alltagssituationen, die mit dem sozialen Status und mit allen damit entstehenden Vergleichsprozessen verbunden sind. Die Bedrohung des eigenen Ansehens, Demütigung, Stigmatisierung, die Verweigerung von Anerkennung und „soziale Disqualifikation“ (Paugam, 2008) wirken sich negativ auf die Betroffenen aus. Die materiellen Faktoren werden durch psychosoziale wie psychologische Faktoren moderiert. Siegrist und Marmot (2008, S. 22) beklagen, dass „ein breiter Bereich psychosozialer Phänomene, die einen relevanten Beitrag zu Erklärung des sozialen Gradienten leisten können, in dieser Typologie von Erklärungen vernachlässigt wurde.“

Die bisher genannten Erklärungsansätze schließen einander nicht aus, im Gegenteil: sie setzen an verschiedenen Seiten und Enden der Wirkmechanismen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten an. Den Versuch sie ineinander und miteinander zu integrieren, hat beispielsweise Steinkamp (1999) versucht, indem er eine Makro-, Meso- und Mikroebene definiert. Auf der Makroebene befinden sich die Dimensionen sozialer Ungleichheit vom Status über Einkommen und Bildung. Die mittlere Mesoebene umfasst den Lebensalltag, in dem sich die ungleich verteilten Belastungen und Ressourcen konkret auswirken. Auf der Mikroebene spielen sich die individuellen Bewältigungsprozesse ab mit allen physischen und psychischen Implikationen.

Abb. 4: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Erklärungsmodell (Rosenbrock, 2006, S. 377).



Mielck (2000, 2005) hat in Abbildung 4 diese Elemente in eine interne Ordnung gebracht (leicht modifiziert von Rosenbrock, 2006). Es gibt Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen und in den Bewältigungsressourcen, es gibt Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung und es gibt Unterschiede im Gesundheitsverhalten/Lebensstile. Die Unterschiede in „Wissen, Geld, Macht und Prestige“ führen zu unterschiedlichen Belastungsrisiken und unterschiedlichen Bewältigungsressourcen. Sie bewirken auch Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. All das beeinflusst wieder direkt und indirekt das Gesundheitsverhalten bzw. Lebensstile. Der Pfeil nach oben weist auf die Möglichkeit sozialer Mobilität durch Gesundheit hin.

3. Stress und Stressverarbeitung

3.1. Transaktionale Stresstheorie

Stresskonzepte eignen sich wohl deshalb gut zur Erklärung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, weil sie von Beginn an eine Art missing link darstellten zwischen belastenden Faktoren der sozialen Umwelt und ihren individuellen Konsequenzen.

Das allgemeine Adaptionssyndrom (AAS) von Selye (1974) geht davon aus, dass immer gleiche physiologische Stressreaktionen ausgelöst werden – unabhängig davon wie der Stressor beschaffen ist. Diese körperlichen Reaktionen betreffen vor allem den Blutdruck und das Herz-Kreislaufsystem. Auch wird das Immunsystem angegriffen. Den Hintergrund bildet eine Stimulation der Hypophysen-Nebennierenachse, die mit vermehrter Ausschüttung von Kortikoiden einhergeht.

Selye beschrieb folgende Stressreaktionen des Organismus:

- Alarmstadium
- Abwehrreaktion
- Erschöpfungsstadium

Die ersten beiden Reaktionen beinhalten sinnvolle Mobilisierung von Abwehrkräften, das letzte Stadium fällt auf den Organismus zurück und schädigt ihn bei chronischem Auftreten.

Stress ist eine sinnvolle Reaktion des Körpers auf Anforderungen von außen. Wenn sich der Mensch allerdings in permanenter Alarmbereitschaft befindet und keine ausreichenden Phasen der Erholung und Entspannung mehr vorfindet, dann wird Stress gesundheitsschädlich.

Stress kann reaktionsbezogen – wie bei Selye- , reizbezogen oder relational verstanden werden. Reiz- bzw. situationsbezogene Definitionen gehen von objektiven Umweltbelastungen aus wie Lärm, Zeitdruck oder Arbeitslosigkeit, auf die der Organismus

reagiert. Die relationalen Konzepte weisen darauf hin, dass Menschen diese Reize ganz unterschiedlich bewerten und wahrnehmen.

Die transaktionale Stresstheorie von Lazarus und Folkman (1984) ist relational ausgerichtet. Es gibt keinen Input mit automatischen Output und einer Black Box dazwischen, sondern eine prozesshafte Person-Umwelt Beziehung. Angelpunkt ist die kognitive Einschätzung (appraisal), die den Stresszustand erst auslöst. Der Reiz wird vom Individuum bewertet, in einer primären Bewertung gefragt, was das Problem sei. Die Person prüft, ob dieser Reiz ihr Wohlergehen gefährde. In der sekundären Bewertung wird geklärt, welche Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen: was kann ich dagegen tun?

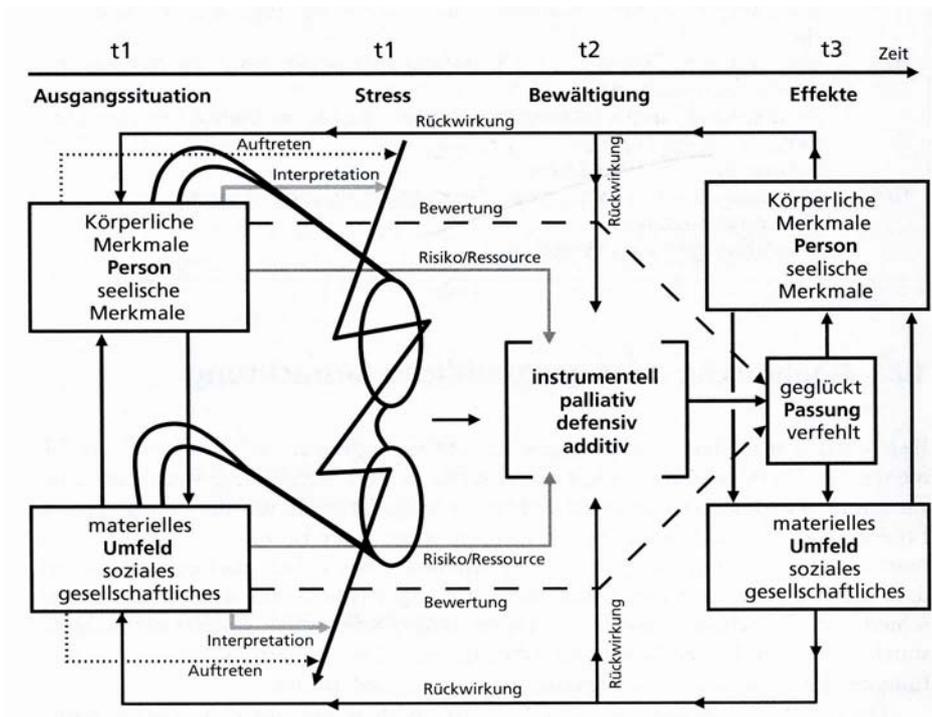
Personality variables and those that characterize the environment come together in the appraisal of relational meaning. An emotion is aroused not just by an environmental demand, constraint, or resource but by its juxtaposition with a person`s motives and beliefs. The process of appraisal negotiates between and integrates these two sets of variables by indicating the significance of what is happening for a person`s well-being. (Lazarus, 1998, S. 357)

In der primären Bewertung wird das Ereignis wahrgenommen und die Situation eingeschätzt. In der sekundären Bewertung kommen die Ressourcen und die Merkmale der Persönlichkeit zum Tragen. Beide Bewertungen laufen nicht nacheinander ab, sondern immer wieder gleichzeitig. Man kann sagen, dass „Belastungsquellen in einer konkreten Situation Werte einer Person bedrohen, die dadurch zu Anliegen werden und je nach Bewertungskognitionen und Verarbeitungsverhalten Belastungsemotionen hervorrufen“ (Salentin, 2002, S. 20).

Je nachdem, ob die Einschätzung im primären „event-appraisal“ als Herausforderung, als Bedrohung oder als Schaden-Verlust erfolgt, werden im sekundären „resource-appraisal“ andere Emotionen und Bewältigungsmuster entstehen (vgl. Schwarzer, 2004, S.154). Je mehr Bewältigungsanstrengung, desto mehr steht auf dem Spiel.

Pearlin (1989) weist darauf hin, dass es nicht nur einen Stressor, sondern im Alltag immer mehrere gibt. Er unterscheidet zwischen primären Belastungsquellen und sekundären. Die primären werden zuerst erfahren, die sekundären kommen als Konsequenzen und können noch verstärkend wirken. Weiters unterscheidet er zwischen Belastungsfaktoren (Stressoren) und Überforderungen (strain).

Abb. 5: Transaktionales Stress-Bewältigungsmodell (Eppel, 2007, S. 166).



Lazarus sieht zwei Funktionen, die eine Reaktion erfüllt:

- das problemzentrierte Coping (instrumentelle Funktion) und
- das emotionale Coping (palliative Funktion).

Beim problemzentrierten Coping sollen aktiv die Gegebenheiten verändert werden, die das Problem ausmachen. Beim emotionalen Coping geht es darum, die Emotionen zu regulieren und zu beruhigen.

Dieses duale Funktionsmodell wurde mehrfach als ungenügend kritisiert. Weber (1990) schlägt vor, Coping nach subjektiven Intentionen zu gliedern. Diese persönlichen Absichten teilen sich in die Regulation von Emotionen, die Lösung des zugrunde liegenden Problems, die Erhaltung des Selbstwerts und die Steuerung von sozialen Interaktionen. Die Bewältigungsstrategien können aktional erfolgen. Das umfasst problemlöseorientiertes Verhalten, Flucht, Suche nach Unterstützung oder Entspannung. Intrapsychische Bewältigungsformen beinhalten „verdeckte Wahrnehmungs-, Denk, Vorstellungs- und Interpretationsversuche“ (Kaluza, 2004, S. 575). Man kann focusieren, also sich mit den belastenden Problemen und/oder Emotionen beschäftigen oder defocusieren, das heißt sich ablenken bzw. abwenden.

3.2. Theorie der Ressourcenerhaltung

Ein Mangel an Bewältigungsmöglichkeiten in der sekundären Bewertung bringt Verwundbarkeit zum Ausdruck. Hobfoll (1988) orientiert sich am transaktionalen Stressmodell, stellt aber die Beweggründe für die Stressbewältigung in den Mittelpunkt. Den postulierten homeostatischen Gleichgewichtszustand verwirft er zugunsten der Sichtweise, dass Menschen nach Wachstum streben, indem sie Ressourcen aufbauen. Hobfoll kritisiert die mangelnde Bedeutung der Umweltvariablen im kognitiv-transaktionalen Stressmodell. Die „Conservation of Resources Theory (COR)“ will die Umwelt als „integralen Teil des Stress- und Copingprozesses“ mit berücksichtigen.

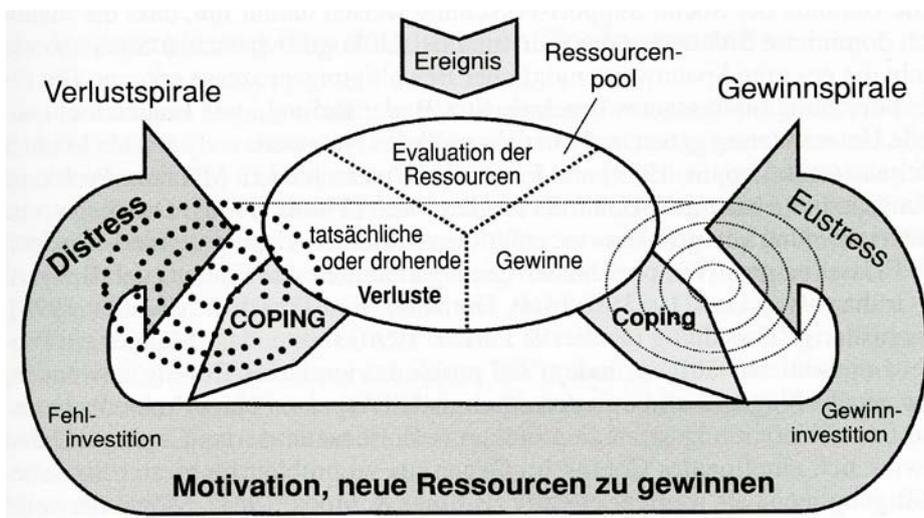
Die Theorie der Ressourcenerhaltung sieht „Ressourcenveränderungen als Schlüssel zu Stress und geht davon aus, dass Ressourcenverluste wichtiger sind als Ressourcengewinne, Gewinne aber zukünftige Verluste auffangen können“ (Hobfoll & Buchwald, 2004, S.11).

Menschen streben danach, Ressourcen zu gewinnen und zu erhalten, sodass der Verlust solcher Ressourcen als ganz besonders bedrohlich erscheint (vgl. Schwarzer, 2000, S. 21). Stress entsteht dadurch, dass Ressourcen verloren gehen, ihr Verlust droht, oder keine Gewinne eintreten, nachdem man zuvor Ressourcen investiert hat.

Als Ressourcen bezeichnet Hobfoll Objekte, Bedingungen, Persönlichkeitsmerkmale und Energie. Objektressourcen sind physische Dinge wie Nahrungsmittel, Kleidung, eine Wohnung. Bedingungsressourcen beinhalten sozialen Status, Staatsbürgerschaft, Ehe, etc. Persönliche Ressourcen umfassen Fähigkeiten, Überzeugungen und Eigenschaften von Personen. Energieressourcen sind so etwas wie Katalysatoren für weitere Ressourcen. Dazu gehört Geld oder Wissen.

Personen mit wenigen Ressourcen sind nach Hobfoll verletzlich, weil sie weniger neue Ressourcen gewinnen werden und gleichzeitig von weiteren Ressourcenverlusten bedroht sind. Ressourcenverlust spielt für die Entstehung von Stress eine größere Rolle als Ressourcengewinne. Es entwickeln sich Verlustspiralen, die weitere Nachteile generieren, insbesondere im Bewältigungsverhalten (vgl. Hobfoll & Buchwald, 2004, S.15).

Abb. 6: Gewinn- und Verlustspiralen (Hobfoll & Buchwald, 2004, S. 15).



Coping-Strategien unterscheidet Hobfoll auf drei Achsen:

- aktives und passives Coping
- prosoziales und antisoziales Coping
- Direktes und indirektes Coping.

Die erste Achse beschreibt wie aktiv Personen bei der Bewältigung ihrer Probleme bzw. beim Aufbau von Ressourcen sind. Die zweite Achse des multiaxialen Modells entspricht der sozialen Dimension bzw. sozialer Interaktion. Die dritte Achse umfasst den soziokulturellen Kontext.

3.3. Chronischer Stress

Gemeinsam ist allen Stresstheorien, dass sie die lange Dauer einer stressenden Belastungsreaktion als höchst problematisch für die Person und ihren Organismus sehen.

„Besonders den chronischen Anspannungen und permanenten Belastungen ist in der bisherigen Forschung wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden, obwohl sie nach den Untersuchungen von Pearlin und Schooler (1978) den Gesundheitszustand längerfristig erheblich beeinflussen“ (Hurrelmann, 2003, S.55).

Die Wirkmechanismen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit haben in erster Linie mit chronischen Stresszuständen zu tun. Dort, wo chronifizierter Stress vorliegt, sind die gesundheitlichen Auswirkungen besonders groß (vgl. Mielck, 2000, 2005; Siegrist & Marmot, 2008; Wilkinson, 2001).

Perrez (1988) unterscheidet zwischen kurzfristigen, aber starken Belastungen im Sinne kritischer Lebensereignisse, Alltagsbelastungen (daily hassles) und längeren, chronischen Belastungen. Elliot und Eisdorfer (1982) nehmen vier Arten von Stressoren in den Blick:

- Akute, zeitlich begrenzte Stressoren (acute, time-limited stressors)
- Sequenzen von Stressoren (stressor sequences)
- Chronisch-intermittierende Stressoren (chronic, intermittend stressors)
- Chronische Stressoren (chronic stressors)

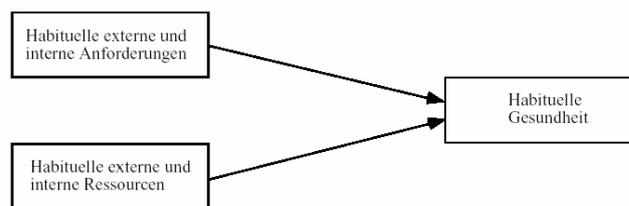
Chronischer Stress entwickelt sich laut Wheaton (1994) schleichend, ohne erkennbaren Anfang, als kontinuierliche Belastung mit einem typischerweise längeren Zeitverlauf. Teil

von chronischem Stress sind belastende „non-events“; Geschehnisse, die man erwartet, aber die nicht eintreten.

Schulz et al. (2004, S. 8) fasst die Ausprägungen von chronischem Stress in vier Punkten zusammen: Chronischer Stress habe einen unspezifischen, schleichenden Beginn, er könne von langer oder auch kurzer Dauer sein, er ist durch häufig wiederkehrende Belastungen gekennzeichnet und er könne geringe oder hohe Intensität aufweisen.

Becker (1996) hält die Stressbewältigungsmodelle primär geeignet, die aktuelle körperliche Gesundheit zu erklären, nicht aber habituelle gesundheitliche Probleme. Zur Erklärung der habituellen körperlichen Gesundheit sei ein Anforderungs-Ressourcen Modell die theoretisch wie empirisch bessere Option.

Abb. 7: Darstellung eines Anforderungs-Ressourcen Modells (Becker, 1996, S.14).



Becker unterscheidet zwischen externen und internen Anforderungen und zwischen externen und internen Ressourcen. Anforderungen und Ressourcen haben jeweils psychische und physische Ausprägungen. Der „habituelle körperliche Gesundheitszustand“ ist laut seiner Definition der über einen längeren Zeitraum - von nach Möglichkeit mehreren Jahren - aggregierte bzw. gemittelte körperliche Gesundheitszustand einer Person.

4. Vertrauen und Kontrolle – und soziale Ungleichheit

Das Konzept der „Kontrolle“ spielt eine zentrale Rolle in der Vermittlung von Belastungen, Anforderungen, Bewertungen und Reaktionen. Für die soziale und gesundheitliche Ungleichheit ist die Variable der Kontrollüberzeugung bedeutsam. Ähnliche Konzepte, die darauf basieren, die Welt „im Griff zu haben“ und Anforderungen als Herausforderung zu sehen, sind das Modell des Kohärenzsinn, das Konzept von Selbstwirksamkeit und der Begriff der Hardiness.

4.1 Kohärenzsinn/ Kohärenzgefühl

„Why do people stay healthy?“ (Antonovsky, 1979, S. 35). Diese Frage stand am Beginn der Entwicklung der salutogenetischen Perspektive und der Formulierung des Konstrukts „Kohärenzgefühl“.

Das Kohärenzgefühl bzw. den Kohärenzsinn (engl.: sense of coherence) definiert Antonovsky (1997, S. 16) als „eine globale Orientierung, die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Welt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann“.

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei miteinander verbundenen Komponenten zusammen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 36; Schumacher, 2002, S. 267):

- Verstehbarkeit (comprehensibility) bezeichnet das Ausmaß, in dem Reize, Ereignisse oder Entwicklungen als strukturiert, geordnet und vorhersehbar wahrgenommen werden. „A strong sense of coherence includes a solid capacity to judge reality“ (Antonovsky, 1979, S. 127).
- Handhabbarkeit (manageability) bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine Person geeignete personale und soziale Ressourcen wahrnimmt, um interne und externe

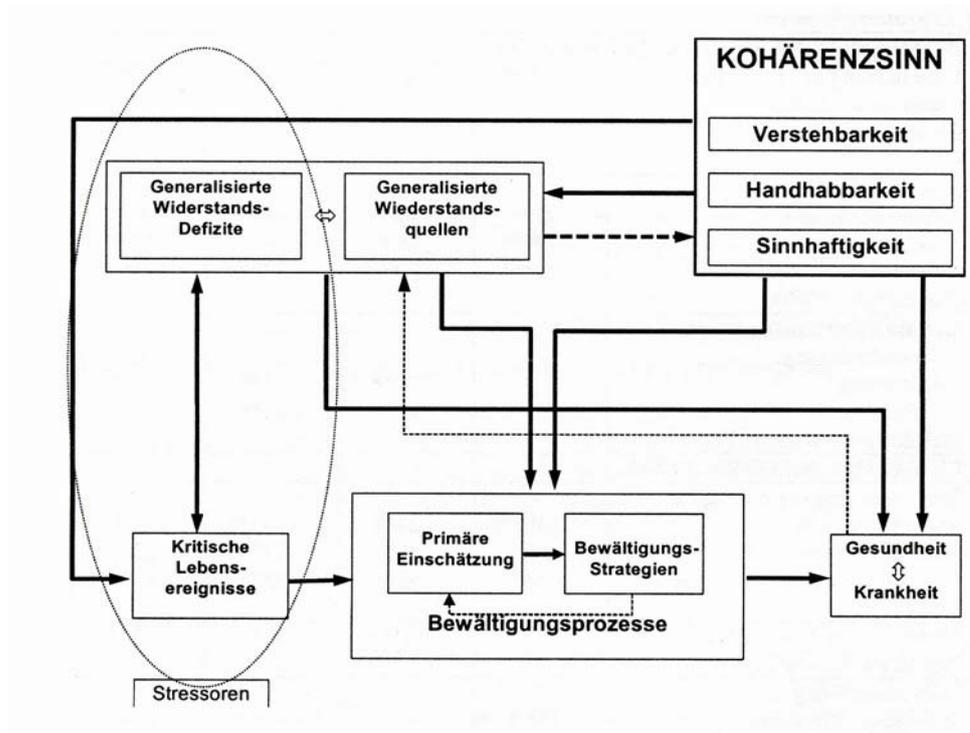
Anforderungen bewältigen zu können. Es beschreibt das Maß „to one perceives that resources are at one's disposal which are adequate to meet the demands posed by the stimuli that bombard one“ (Antonovsky, 1987, S. 17).

- Sinnhaftigkeit (meaningfulness) schließlich meint das Ausmaß, in dem eine Person ihr Leben als sinnvoll empfindet und zu mindestens einige der vom Leben gestellten Anforderungen als Herausforderungen betrachtet, die Engagement und Investitionen wert sind.

Antonovsky nimmt an, dass sich der Kohärenzsinn mit dem Kinder- und Jugendalter ausbildet und dann kulturell und sozial relativ stabil bleibt. Der Mensch mobilisiert und nützt sozial vermittelt Widerstandsressourcen gegen Belastungen. Sie sind „any characteristic of the person, the group, or the environment that can facilitate effective tension management“ (Antonovsky, 1979, S. 99). Hier wird das Individuum in einen Kontext gestellt: es sind Eigenschaften der Person, einer Gruppe oder der Umwelt, die helfen, mit Anforderungen umzugehen. Die Summe und die Ergebnisse von Widerstandsquellen (generalized resistance resources) bilden den Kohärenzsinn. Dieser kann als Haltung verstanden werden, der Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren macht. Der Kohärenzsinn bestimmt, ob Anforderungen als Herausforderung gesehen werden können, oder als drückende Überlastung. Sek und Pasikowski (2002, S. 25) nennen den Kohärenzsinn eine „komplexe Subjektvariable“, die „eine Struktur der Meinung über die Welt, die eigene Person und die eigenen Relationen mit der Welt hat“. Aus dieser Überlegung heraus, wird der sense of coherence auch als „Weltsinn“ bezeichnet.

Dahinter verbirgt sich ein Theorierahmen, der sich auf Stressverarbeitung bezieht. „Stresstheoretische Elemente werden im salutogenetischen Modell aufgenommen, indem implizit mit einem Belastungs-Bewältigungs- Konzept gearbeitet“ wird (Hurrelmann, 2003, S.57). Das Modell ist dem Transaktionskonzept von Lazarus und Folkman (1984) nahe.

Abb. 8: Modell der Stressbewältigung im Rahmen der Salutogenese (Sek und Pasikowski, 2002, S. 34).



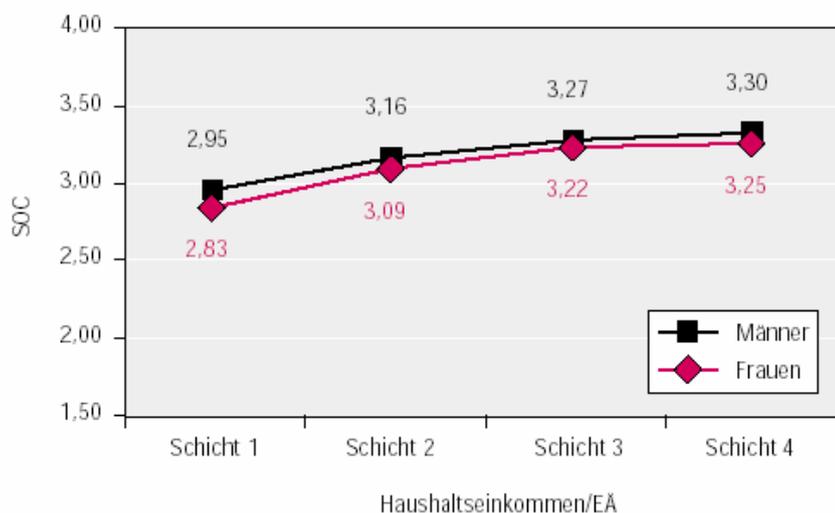
Antonovsky geht von einem dynamischen Ungleichgewichtszustand aus. Ein Stimulus kann definiert werden „as a demand made by the internal or external environment of an organism that upsets its homeostasis, restoration of which depends on a nonautomatic and not readily available energy-expending action“ (Antonovsky 1979, 72). In „tension“ kommt der Organismus, wenn ein Stimuli auftritt. Wenn die Homoestase kippt, verwandelt sich „tension“ in „stress“. „Tension, then, must be distinguished from stress. Stress is a contributing factor in pathogenesis. Tension can be salutogenetic, but it also can lead to stress“ (Antonovsky 1979, S. 96). Dieses Verständnis von Stress erinnert an das Gegensatzpaar Eustress und Distress von Seyle (1974).

Antonovsky (1987, S. 91) betonte, dass der SOC auf gesellschaftliche Bedingungen bezogen sei. Es ist anzunehmen, dass die Fähigkeit, die Welt als Herausforderung und mit vielen Handlungsoptionen wahrzunehmen, sozialstrukturell unterschiedlich in Gesellschaften zu finden ist. Der Kohärenzsinn ist zwischen Haushaltseinkommen nicht

gleich verteilt (vgl. Freidl et al., 2001). Im Wiener Gesundheitssurvey ergibt sich ein sozialer Gradient, der von der niedrigsten Haushaltseinkommensstufe zur obersten ansteigt. Je höher das Einkommen, desto höher der Kohärenzsinn. Frauen haben geringere SOC-Werte als Männer. Im Wiener Gesundheitssurvey steigt der sense of coherence mit dem Alter, erst mit 75 Jahren fällt er ab. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Schumacher, Wilz, Gunzelmann und Brähler (2000).

Die Abhängigkeit des Kohärenzsinn von Bildung, Einkommen und beruflichem Status haben Larsen und Kallenberg (1996) nachgewiesen. Auch Udris und Rimann (2000) bestätigen den Einfluss des beruflichen Status auf den SOC. „Tätigkeitsspielräume und Kohärenzgefühl stehen in einem fast linearen Zusammenhang, auch nach Kontrolle von Alters- und Geschlechtseffekten“ (Udris & Rimann, 2000, S. 138).

Abb. 9: Kohärenzsinn (SOC) nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Freidl et al., 2001, S.123).



In einem ressourcenorientierten Forschungsprojekt mit älteren Erwerbslosen bestätigte Dill (2007) einen deutlich geringeren Wert im Kohärenzerleben der Arbeitslosen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Die Betroffenen hatten geringe Einkommen unter der Armutsgrenze. Bude und Lantermann (2006) bezeichnen diejenigen am sozialen Rand, die

das Gefühl mit sich tragen, ihr Leben meistern zu können und einen Ort in der Welt zu haben, als marginalisiert, aber nicht als exkludiert. Exklusion bedeutet für Bude und Lantermann, ausgestoßen zu sein und sich von der Gesellschaft als überflüssig abgeschrieben fühlen. „Demoralisierung“ ist das Gegenteil von Kohärenz, argumentiert Keupp (2000, S. 23) in eine ähnliche Richtung. Viele seien von einer Macht- und Sinnlosigkeit überwältigt und sehen sich unbestimmten Zukunftsängsten mit gedrückter Grundstimmung ausgeliefert. Der Kohärenzsinn fungiert hier als Maßeinheit zur Unterstützung und Ermutigung.

In Bezug auf die Gesundheitssituation beeinflusst der Kohärenzsinn vor allem das subjektive und psychische Gesundheitserleben und auch das Wohlbefinden. Zusammenhänge konnten mit einer geringeren Zahl subjektiver Beschwerden und weniger somatoformer Symptome und Beeinträchtigungen des Alltagslebens (Schumacher et al., 2000, S. 472) festgestellt werden. Die deutlichsten negativen Korrelationen ergaben sich in den Bereichen „Erschöpfung“, „Energieverlust“, „emotionale Reaktion“ und „soziale Isolation“ (Schumacher et al., 2000, S.479).

Poppius (1999) stellte bei geringerem Kohärenzsinn mehr Herz-Kreislauf-Erkrankungen männlicher Angestellter fest, bei Arbeitern gab es keine Effekte. Die Ergebnisse sind hier uneinheitlich. Eine der wenigen Longitudinal-Studien ergab wiederum, dass das Kohärenzgefühl mit einem niedrigeren Mortalitätsrisiko korreliert, um 30 Prozent verringert bei Herz-Kreislaufkrankheiten (Surtees, Wainwright, Luben, Khaw & Day, 2003).

Bei der Wahl der Stressverarbeitungsstrategien ergreifen Menschen mit hohem Kohärenzsinn diejenigen Strategien nicht, die den Charakter des Ausweichens und Vermeidens beinhalten (Sek & Pasikowski, 2002, S. 33). Am stärksten korreliert der SOC - negativ - mit Resignation als Coping Stil (Udris & Rimann, 2000, S. 136). Der Zusammenhang mit Situationskontrolle und positiver Selbstinstruktion ist schwach.

Straus und Höfer (2000, S. 119) haben Belastungen in Schule, Beruf, Familie und Wohnumfeld mit der Stärke des Kohärenzgefühls in Beziehung gesetzt. Es zeigte sich, dass bei stärkerer lebensweltlicher Belastung ein höherer Kohärenzsinn in Zusammenhang mit weniger psychosomatischen Stresssymptomen steht. Neben dem Kohärenzsinn waren

die einflussreichsten Variablen das Einkommen und soziale Ressourcen der Anerkennung durch Freunde und die soziale Unterstützung.

Die Wirkung von situativen (vor allem organisationalen) Ressourcen auf die personalen (Kohärenzsinn) Ressourcen sind stärker als umgekehrt. Udris und Reimann (2000) konnten in einer Längsschnittuntersuchung über zwei Jahre beobachten, wie sich Unterstützung durch situative Ressourcen in einem Betrieb auf Kohärenz und Gesundheit auswirken. „Wir konnten belegen, dass bei Personen mit einer Zunahme der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte, der Mitbestimmung bei Entscheidungen im Betrieb, der Aufgabenvielfalt, des Tätigkeitsspielraums und der Qualifizierungsmöglichkeiten sowohl der Gesundheitszustand sich verbesserte als auch das Kohärenzgefühl stärker wurde“ (Udris & Reimann, 2000, S. 139). Beide warnen vor einer zu mechanistischen Interpretation der Wirkzusammenhänge. Der Kohärenzsinn habe eine Doppelfunktion als Mediator und Moderator. Als Moderatorvariable interveniert er direkt zwischen Belastung und Gesundheit. Als Mediatorvariable moderiert er indirekt Gesundheit und Belastung, indem er die Verfügbarkeit von Ressourcen beeinflusst. „Das Kohärenzgefühl ist eine Ressource von Gesundheit und gleichzeitig ein Bestandteil von Gesundsein“ (Udris & Reimann, 2000, S. 144).

Das Konstrukt des sense of coherence ist nun aber keineswegs neu. Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit, Hardiness, Resilienz oder dispositionaler Optimismus korrelieren hoch mit dem Kohärenzgefühl.

Angst und Depressivität zeigen einen hohen negativen Zusammenhang. Empirisch stellt sich für Geyer (2000) die Frage, ob der SOC nicht vielmehr ein inverses Maß für Angst und Depressivität ist.

Kritisiert wird, dass es sich beim Kohärenzgefühl um einen interessanten Entwurf handelt, jenes aber als dispositionale Bewältigungsressource nur eine unter vielen ist. Dem wird entgegengehalten, dass „das Handhabbarkeitsgefühl nicht nur innere Kontrolle“ meint, sondern „auch Widerstandsfähigkeit und Herausforderung, das Gefühl der Kontrolle und Engagement“ (Sek & Pasikovski, 2002, S.31). Antonovsky selbst wendet sich gegen die Gleichsetzung von internalen Kontrollüberzeugungen und Kohärenzsinn. Es gebe nicht nur zwei Möglichkeiten, nämlich Dinge, die ich entweder selbst kontrolliere oder jemand

anderer von außen. Dahinter stehe „ein fundamentales Misstrauen in Macht, die in der Hand von irgendjemand anderem liegt“, so Antonovsky (1997, S. 62). Es gebe auch den „legitimierten Anderen“, dem man „genauso vertraut wie sich selbst“. „Es bedeutet nicht, dass man keine Verantwortung übernimmt. Es bedeutet, dass Macht nicht in den eigenen Händen liegen muss, mit Ausnahme eben jener Macht, anderen die Legitimität zu erteilen oder zu entziehen.“

Der große Widerhall, den das SOC-Konzept gefunden hat, sieht Hurrelmann (2003, S. 58) unter anderem in der Syntheseleistung Antonovskys, einen größeren Wurf mit einem „integrierenden Konstrukt“ gewagt zu haben. Die Stärke des Ansatzes liegt darin, Persönlichkeitsmerkmal, Lebensorientierung und generalisierte Ressource gleichzeitig in ein Prozessmodell gegossen zu haben. Die Schwäche liegt in der empirischen Überprüfbarkeit des Modells und in der theoretischen Engführung, Gesundheit entstehe über die Bewältigung von Stressoren. Es fehle in Antonovskys Konzept die „bewusst-aktive Gestaltung des Subjekts“ und die „sozialgesellschaftliche Ebene“ (Faltermaier, 2000, S. 191).

4.2. Hardiness und Resilienz

Als ein Schutz- und Widerstandsfaktor gilt Hardiness. Das Konzept ist dem Kohärenzsinn ähnlich. Nach Kobasa (1982) zeichnen sich Menschen mit hoher Hardiness durch drei Überzeugen über sich selbst und ihre Umwelt aus:

- Kontrolle über die Lebenssituation: Sie glauben, dass sie Ereignisse in ihrem Leben kontrollieren oder beeinflussen können.
- Engagement für Pläne und Handlungen: Sie besitzen die Fähigkeit, sich mit ihren Lebensaktivitäten verbunden zu fühlen.
- Suche nach Herausforderung in neuen Situationen: Sie fassen Veränderungen als eine bereichernde Herausforderung für ihre Weiterentwicklung auf.

Die drei Dimensionen von Hardiness - Engagement (commitment), Kontrolle (control) und Herausforderung (challenge) - stellen einen protektiven Faktor dar, der Coping in Stresssituationen begünstigt.

Das Konzept von Hardiness ordnet sich in eine Forschungstradition ein, die sich auf die Suche nach der Widerstandsfähigkeit, der „Resilienz“, ausrichtet. Wie Antonovsky fragt man in diesem Kontext, why do people stay healthy? Resilienz umfasst zwei Phänomene: die „Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit nach erlittenem Trauma“ und den „Erhalt der Funktionsfähigkeit trotz vorliegender beeinträchtigender Umstände“ (Staudinger & Greve, 2001, S. 101). Das Resilienz-Konzept stammt ursprünglich aus der Kinder- und Jugendpsychopathologie, hat sich jetzt aber auf viele Lebenswelten und die gesamte Public Health – Ebene verbreitert.

4.3. Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeitserwartung ist die „subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können“ (Schwarzer, 2004, S. 12). Der Begriff der „subjektiven Kompetenzerwartung“ meint das gleiche. Dieses Modell einer sozial-kognitiven Steuerung von Handlungs-Ergebnis-Erwartungen bzw. Konsequenzerwartungen wurde von Bandura (1977, 2001) entwickelt.

Bandura sieht vier Möglichkeiten des Erwerbs von Kompetenzerwartungen:

- direkte Erfahrung
- indirekte Erfahrung: Beobachtung von Modellpersonen
- Symbolische Erfahrung: Botschaften anderer über die Kontrollierbarkeit eines Problems
- Gefühlsregungen: Angst kann anzeigen, dass man Scheitern befürchtet

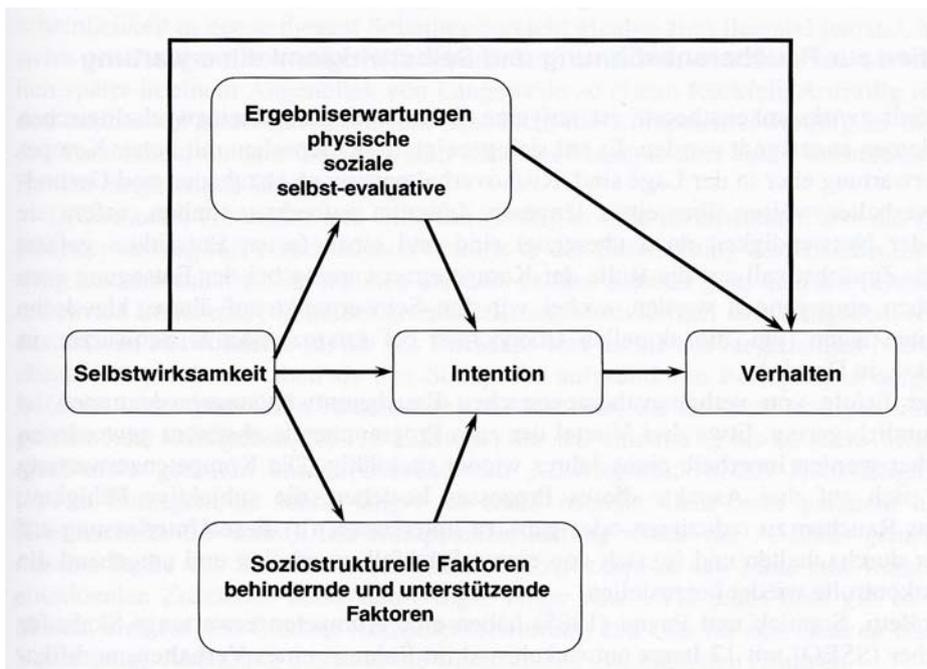
Weiters gilt es zwischen Selbstwirksamkeit und Ergebniserwartung zu unterscheiden. Ergebniserwartung antizipiert die Resultate eigenen Handelns, Selbstwirksamkeit

bezeichnet die Überzeugung, zu bestimmten Handlungen fähig zu sein. „Die persönliche Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten ist die zentrale Komponente der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit (Schwarzer, 2004, S.13).

Die generalisierte positive Ergebniserwartung zeigt sich als Optimismus. Handelt es sich um eine Persönlichkeitsvariable spricht man von dispositionalem Optimismus.

Die beschriebenen Bewertungsprozesse passen zur Stresstheorie von Lazarus und Folkman (1984), die postuliert, dass Personen bei Anforderungen die Situation im Verhältnis zu ihren Gegenkräften einschätzen. Die Personen schauen, was „auf dem Spiel“ steht und welche Optionen sie zur Verfügung haben.

Abb. 10: Skizze zur sozial-kognitiven Theorie Banduras (Schwarzer, 2004, S. 61).



Wer hohe Selbstwirksamkeit besitzt, kann mit hoher Motivation und Zuversicht Anforderungen in Angriff nehmen. Selbstwirksamkeit nimmt Einfluss auf die Lebensbewältigung und z.B. auch auf das Gesundheitsverhalten. In Zusammenhang mit sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist die subjektive Kompetenzerwartung eine

Ressource, Stresssituationen mit aktiven Bewältigungsverhalten zu begegnen. Aber auch diese Ressource wird erlernt und steht im sozialen Kontext ungleich zur Verfügung.

So sind beispielsweise gelungene Selbstwirksamkeitserfahrungen bei größeren Bevölkerungsgruppen in der Phase des mittleren Erwachsenenalters in unserer Gesellschaft an den Zugang zu zentralen sozialen Positionen im Erwerbsleben, im privaten (z.B. Familie) und im öffentlichen Bereich (Grundrechte) gebunden, deren Verfügbarkeit von der sozio-ökonomischen Chancenstruktur bestimmt wird. (Siegrist, 1996, S.6).

4.4. Kontrollüberzeugung

Das von Rotter (1990) entwickelte „Locus of Control“ - Konzept geht davon aus, dass Menschen den Ort der Kontrolle bei sich selbst sehen (internal locus of control) oder ihn außerhalb von sich (external locus of control) ansiedeln. Bei ersterem glaubt die Person, dass sie ihr Schicksal selbst in der Hand hat und sie über ihren Einsatz, ein Ziel zu erreichen, entscheidet. Bei zweiterem sind es entweder andere Menschen, die Kontrolle ausüben, oder unpersönliche Mächte, Schicksal, Zufälle, die bestimmen.

Als „sozialisierten Fatalismus“ bezeichnet Wheaton (1980, S. 101) schwache Kontrollüberzeugungen bei Menschen mit geringem sozioökonomischen Status. Die chronische Erfahrung der Machtlosigkeit und das erlebte Scheitern, gesetzte Ziele nicht zu erreichen, seien wesentliche lebensweltliche Hintergründe für geringe Kontrollüberzeugungen. Die britische Whitehall II Studie fand heraus, dass diejenigen, die einen Job mit geringer persönlicher Kontrolle haben, viel häufiger die Ursachen von Ereignissen externalisieren (Bosma, Stansfeld & Marmot, 1998). Die chronische Erfahrung geringen Handlungsspielraums im Joballtag kann sich auf das gesamte Leben ausdehnen und sogar generalisierte Dispositionen entstehen lassen.

Weiters spielt die Kindheit eine große Rolle in der Ausbildung von Kontrollüberzeugungen. Im Erwachsenenalter beobachtete Personen mit Herkunft aus

Familien mit sozial niedrigerem Status wiesen schwächere Kontrollüberzeugungen auf als Personen aus höheren sozialen Schichten (vgl. Bosma, van de Mheen & Mackenbach, 1999). Während des sechsjährigen Beobachtungszeitraums der holländischen Globe-Studie schwächten sich bei Erwachsenen mit niedrigem sozialen Status deren Kontrollüberzeugungen ab (Bosma, 2006, S. 198). Hier stehen den einen Ressourcen zur Verfügung, die die anderen nicht mobilisieren können. Offenbar haben vor allen Kinder aus der oberen sozialen Schicht gelernt, so Mielck (2000, S. 286), „dass auftretende Probleme durch eigene Anstrengungen gelöst werden können“. Personen, deren Vater eine höheren sozialen Schicht angehört, gehen ein Problem aktiver an und versuchen häufiger sich soziale Unterstützung zu organisieren als die anderen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass Kontrollüberzeugungen einem sozialen Gradienten folgen (vgl. Marmot, 2004). Je schwächer die Kontrollüberzeugungen, desto niedriger die soziale Schicht.

Gut belegte Zusammenhänge zwischen schwacher Kontrollüberzeugung und niedrigem sozialen Status konnten mit einem erhöhten Depressionsrisiko gefunden werden. Die Betroffenen zeigen ein passives Bewältigungsverhalten und Anzeichen von Depression und Hilflosigkeit (vgl. Bosma, 2006, S. 200). In derselben Konstellation fand sich aber auch das gegenteilige Verhalten in Form von Wut, Aggression oder Feindseligkeit (vgl. Schrijvers, Bosma & Mackenbach, 2002). Beides liegt eng beieinander und unterscheidet sich im Bewältigungsverhalten, nicht aber in den Attributionstilen. Mangelnde persönliche Kontrolle ist jedenfalls bei Menschen mit niedrigem sozialem Status mit erhöhter emotionaler Beunruhigung verbunden.

Die gesundheitlichen Auswirkungen betreffen den Stoffwechsel, Herz-Kreislauf und das Immunsystem (vgl. Kristenson, Eriksen, Sluiter, Starke & Ursin, 2004). Es sind die klassischen stressinduzierten Symptome, die mit schwacher und chronischer Kontrollüberzeugung einhergehen. Bosma verweist auf eine fünfjährige Verlaufsbeobachtung an Männer und Frauen im Alter über 56 Jahren, in der schwache Kontrollüberzeugungen ein Drittel des sozialen Gradienten koronarer Herzerkrankungen erklären (vgl. Bosma, Van Jaarsfeld & Tuinstra, 2005).

Kontrollüberzeugungen, Kontrollbedürfnis und Selbstwirksamkeit können in Wechselwirkung miteinander treten. Die gesundheitlichen Auswirkungen dürften je nach Konstellation höchst unterschiedlich sein. Ein hohes Kontrollbedürfnis, das zusammen mit einer geringen Selbstwirksamkeit auftritt, wird stressverstärkende Wirkung zeigen. „Ein schwaches Verlangen nach Kontrolle in Kombination mit einer starken externalen Kontrollüberzeugung“ wird „mit vorteilhaften Gesundheitsergebnissen korrelieren“ (Bosma, 2006, S. 207).

5. Ansehen und Anerkennung – und soziale Ungleichheit

5.1. Job Strain und Gratifikationskrisen

Das Anforderungs-Kontroll Modell und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen bezeichnen zwei Theorien, die im Kontext von Beruf und Arbeitsplatz entwickelt wurden. Ihre Prämissen passen aber auch auf einen Lebensalltag geprägt von hohen Anforderungen und Belastungen. Beide Modelle können so auch für Erkenntnisgewinne bei Stressbelastung in (sozial) prekären Lebenssituationen nutzbar gemacht werden.

Karasek und Theorell (1990) legten ein Anforderungs-Kontroll Modell vor, das von zwei Variablen wesentlich beeinflusst wird:

- den psychomentalen Anforderungen, die an die Person gestellt werden und
- dem Umfang der Kontrollchancen, die die jeweilige Person für ihre Tätigkeit zur Verfügung hat.

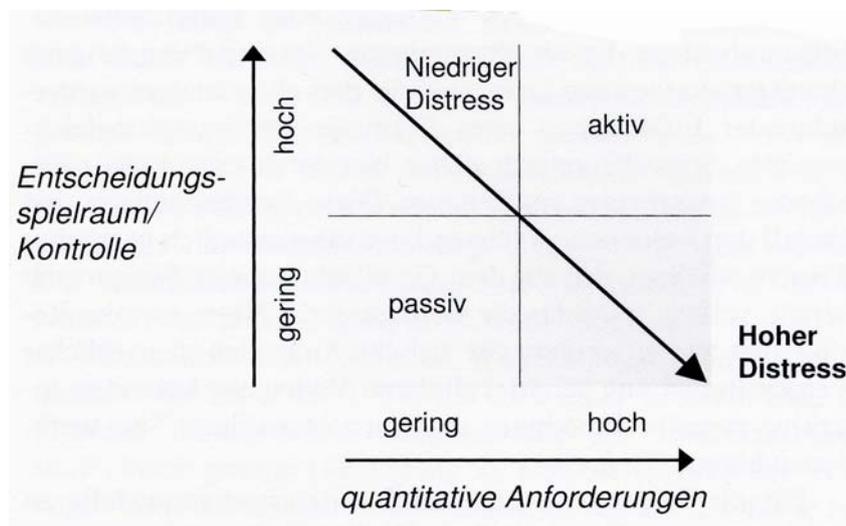
Tätigkeiten, die hohe psychomentale Anforderungen stellen und gleichzeitig mit einem niedrigen Kontrollspielraum ausgestattet sind, rufen Stress hervor. Ein hoher Leistungsdruck, so genannter „job strain“, und ein eingeschränktes Kontrollgefühl setzen den Menschen unter hohen Druck und lassen ihn nicht zur Erholung kommen.

Die niedrige Kontrolle kann in zwei Formen auftreten: „Zum einen als mangelnde Möglichkeit, über die Gestaltung der Arbeitsaufgaben zu entscheiden, zum anderen als eingeschränkte Möglichkeit, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu nutzen“ (Siegrist & Theorell, 2008, S.102). Das sind Tätigkeiten, die sich permanent ohne Abwechslung wiederholen oder Arbeitsfelder, in denen starke Hierarchien herrschen. Armutssituationen sind u.a. auch von stark eingeschränkten Handlungsspielräumen geprägt bei gleichzeitigem hohem Druck, die eigene Existenz bzw. die der Kinder zu sichern. Die ansteigende Gruppe der „Working Poor“ in Österreich arbeitet überproportional in Branchen mit Niedrigqualifizierung, hoher Abhängigkeit und großer Unsicherheit. „Prekär“ heißt ja

wörtlich nicht nur „unsicher“, sondern lateinisch eigentlich „auf Widerruf gewährt“, „auf Bitten erlangt“. Da steckt der geringe Umfang an Kontrollchancen und Handlungsspielräumen bereits im Begriff.

Die Konzeption erinnert jedenfalls an das Fähigkeitenkonzept Amartya Sens, der von Armutsbetroffenen als „agent“ spricht, als Handelnde, die nicht zu Objekten gemacht werden dürfen. Es geht nach Sen immer auch um die Erhöhung der Handlungsspielräume und Verwirklichungschancen Ärmere.

Abb. 11: Das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek & Theorell, 1990, S. 32).



Ergänzung hat das job strain Modell durch die Einführung einer dritten Dimension, der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz, erfahren (vgl. Johnson, Stewart & Hall, 1996). Kritisiert wird am Modell, dass es sich um einen „Black Box Ansatz“ (Peter, 2006, S.112) handelt, der dem „wichtigen Bewältigungsverhalten keine Aufmerksamkeit widmet“.

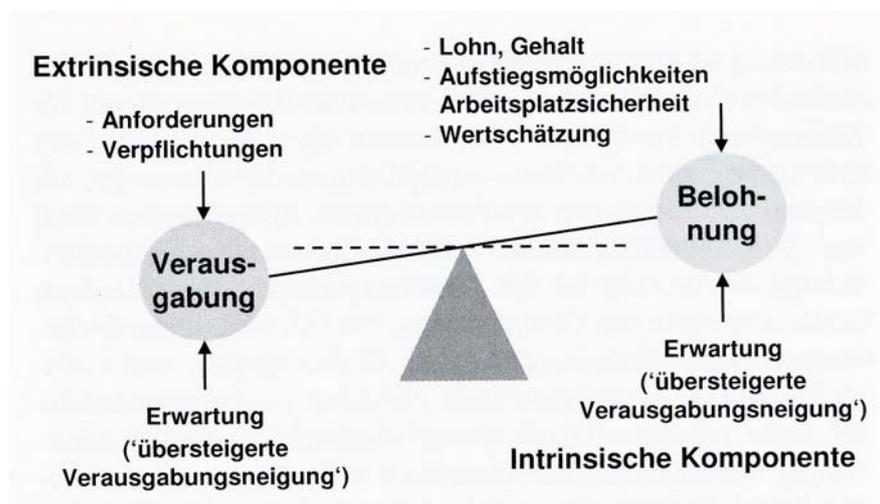
Das Modell der Gratifikationskrisen beruht auf dem Gedanken der Reziprozität sozialer wie emotionaler Beziehungen und Verträge (vgl. Siegrist, 1996a). Bei sozialer Reziprozität geht es um Dimensionen der Belohnung, die sich „auf das Gehalt, auf die Anerkennung und Wertschätzung der geleisteten Arbeit sowie auf berufliche Aufstiegsmöglichkeiten einschließlich der Arbeitsplatzsicherheit“ beziehen (Siegrist & Theorell, 2008, S.103).

Geht nun hohe Verausgabung mit niedriger Belohnung einher, ist diese Reziprozität nicht mehr gegeben und es kommt zu einer Gratifikationskrise. Drei Bedingungen führen zu häufiger Verletzung dieser wechselseitigen Erwartungshaltung:

- Abhängigkeit,
- strategische Entscheidung und
- übersteigerte (berufliche) Verausgabungsneigung.

Abhängigkeit tritt überall dort auf, wo die Verhandlungsmacht der einen Seite sehr gering und damit ihr Handlungsspielraum aufs äußerste eingeengt ist. Geringer Lohn ohne Alternative ist die Folge. Hohe Verausgabung ohne angemessene Anerkennung kann auch eine strategische Entscheidung auf Zeit sein, um sich in Zukunft bessere Aufstiegschancen zu erwarten. Und Personen mit übersteigeter Verausgabungsneigung investieren in ihre Tätigkeit mehr als sie herausbekommen.

Abb. 12: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 2007, S. 21).



Siegrist (1996b) nennt drei „Transmittersysteme“, die Gratifikation übertragen. Zum ersten Geld, als zweites Anerkennung und drittens Aufstieg. Diese drei vorherrschenden Belohnungssysteme entscheiden darüber, ob sich die erhöhte Anstrengung „lohnt“. Geringe Bezahlung (statt Geld), mangelnde Anerkennung (statt Achtung) und blockierter

Aufstieg bzw. erzwungener Abstieg (statt Status) führen zusammen mit hoher Verausgabung zu „chronifizierten Formen sozialer Krisen“ mit „hohem Distress-Gehalt“ (Siegrist, 1996b, S. 98).

Alle drei Übertragungssysteme hängen miteinander zusammen. Geringer Lohn bedeutet einen prekären Job ohne hohe Anerkennung und ohne Aufstiegschancen. Siegrist (1996b) spricht von einem „distress-intensivierenden Prozess“. Relative Benachteiligung basiert auf sozialen Vergleichsprozessen und kumulativen Effekten: „Nicht die Tatsache, dass jemand mit geringer Qualifikation wenig verdient, ist belastend, sondern die Tatsache, dass der Verdienst trotz hoher Anstrengung gering bleibt, und zwar im Vergleich zu andern, die sich für gleiche oder höhere Bezahlung weniger anstrengen müssen“ (Siegrist, 1996b, S.102).

Nur das gemeinsame Auftreten von hoher Verausgabung und niedriger Belohnung hat gesundheitliche Auswirkungen. Wenn bloß eine der beiden Modell-Komponenten vorliegt, wird die beschriebene Distress-Intensität nicht erreicht.

Es muss eine bestimmte Intensität der Gratifikationskrise bestehen, um eine spürbare Wirkung auf das Herz Kreislaufsystem zu evozieren. Nur wenn eine schwerwiegende Enttäuschung oder Verärgerung eintritt, wird diese Intensität erreicht (vgl. Siegrist, 1996b, S.98).

Und die Dauer der Gratifikationskrise macht einen Unterschied in der Stärke gesundheitlicher Folgen. Je länger Personen einer solchen ausgesetzt sind, desto höher ist das Gesundheitsrisiko.

In einer Vielzahl von prospektiven Studien konnten die oben beschriebenen Modellannahmen und auch ihre gesundheitlichen Implikationen empirisch bestätigt werden (vgl. Van Veghel, de Jonge, Bosma & Schaufeli, 2005). Festgestellt wurde, dass die Folgen von Gratifikationskrisen sich besonders in häufigeren Herz-Kreislaufkrankungen zeigten. Einen weiteren Zusammenhang ergab sich mit einem erhöhten Depressionsrisiko. Diabetes und Alkoholabhängigkeit trat bei Männern verstärkt auf, nicht aber bei Frauen.

Gratifikationskrisen lösen starke negative Gefühle aus und gehen mit „exzessiver Aktivierung des autonomen Nervensystems“ einher (Siegrist & Theorell, 2008, S. 105).

Gut belegt sind die psychobiologischen Auswirkungen des Anforderungs-Kontroll Modells und von Gratifikationskrisen. Das hohe Herz-Kreislauf Risiko ergibt sich aus dem „Zusammenwirken von exzessiver sympatho-adrener, kataboler Stimulation bei fehlender Kompensation durch parasymphatisch anabole Reaktionen“ (Siegrist, 1996b, S.97).

In niedrigeren sozialen Schichten finden sich ein niedriger Grad der Kontrolle über die Arbeit bzw. des Entscheidungsspielraums und ein niedriges Ausmaß beruflicher Belohnung. Dieses Phänomen folgt einem sozialen Gradienten (vgl. Brunner, Kivimäki & Siegrist, 2004).

Die anderen Modellkomponenten wie hohe Anforderungen und hohe Verausgabungszwänge treten auch bei höheren sozialen Schichten auf. Da lässt sich kein sozialer Gradient beobachten.

Die Variable „niedrige Kontrolle“ in Zusammenhang mit Arbeitsstress dürfte eine wichtige Rolle in der Vermittlung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit spielen. Neben der mediatierenden Funktion sprechen einige Befunde dafür, dass diese Variable auch die Effekte modifiziert. Das heißt, dass untere soziale Schichten empfänglicher sind für den auftretenden Stressor und die gesundheitlichen Auswirkungen sich verstärken. In einem 11-jährigen Beobachtungszeitraum zeigten sich unter der Bedingung von Gratifikationskrisen Neuerkrankungen am Herzen in allen Statusgruppen. In der Gruppe mit dem niedrigsten sozialen Status waren die Effekte besonders stark und die koronaren Erkrankungen besonders hoch (vgl. Kuper, Singh-Manoux, Siegrist & Marmot, 2002).

Chronischer Stress bei der Arbeit schadet der Gesundheit. Besonders wenn folgende Bedingungen gegeben sind: „Arbeitsplätze mit einem geringen Grad komplexer Anforderungen, hochgradig repetitive Arbeitsaufgaben, Arbeitsplätze mit niedrigem Entscheidungsspielraum und autonomer Gestaltung und Arbeitsplätze mit starken physischen Anforderungen“ (Siegrist & Theorell, 2008, S. 119).

Es kann angenommen werden, dass diese Effekte nicht nur in der Berufswelt, sondern auch bei Tätigkeiten des Alltags schlagend werden, in denen hohe Anforderungen bei nicht angemessener Anerkennung auftreten. Zentral ist immer die Verletzung sozialer

Reziprozität. Peter (2006) beschreibt dabei besonders den Mangel an Anerkennung bei gleichzeitiger Verausgabung in der Familie. Diese Konstellation ist mit erhöhten depressiven Symptomen und eingeschränkter subjektiver Gesundheit verbunden (vgl. Knesebeck & Siegrist, 2004).

5.2. Mangel an Anerkennung, Scham, soziale Angst

In „The Hidden injuries of class“ beschreibt Sennet (1972) bereits die ungleiche Verteilung sozialer Anerkennung. Anerkennung müsste eigentlich unbegrenzt vorhanden sein. Ist sie aber nicht, sie wird wie Geld zu einem knappen Gut, das sich nach dem sozialen Status und der sozialen Hierarchie in einer Gesellschaft verteilt.

Anerkennung ist nach Siegrist (1996b, 2008) eine der zentralen Komponenten im Belohnungssystem, das die Gratifikationen in der Gesellschaft verteilt. Je nach Status besitzen Menschen unterschiedliche „statusgebundene Optionen“:

- Leistungs-
- Belohnungs- und
- Zugehörigkeitsoptionen.

Dazu korrespondieren die jeweiligen psychologischen Variablen bzw. „sozio-emotionalen Motivationslagen“:

- Selbstwirksamkeit
- Selbstbewertung und
- Selbsteinbindung.

Wenn nun die soziale Situation aus Austauschprozessen besteht, die „grundlegende Formen positiver Selbsterfahrung wie Selbstwirksamkeit, Selbstwert- und Zugehörigkeitsgefühl gefährden, bedrohen oder zerstören“ (Siegrist, 2002, S. 540), dann kommt es zu gesundheitsrelevanten Wirkungen. Die Gratifikationssysteme korrespondieren mit den individuellen Motivationslagen.

Soziale Krisen entfalten ihre emotions-intensivierende Wirkung auf die von ihnen betroffenen Individuen stets über die Prozesse der Blockierung von Handlungschancen (damit der Möglichkeit von Selbstwirksamkeitserfahrungen), des Vorenthaltens angemessener Belohnungen (damit der Möglichkeit von Selbstbewertungserfahrungen), des Entzugs sozialer Positionen und des Ausschlusses von signifikanten gesellschaftlichen Gruppen (damit der Möglichkeit von Selbsteinbindungserfahrungen). (Siegrist, 1996b, S. 94)

Keine Handlungsspielräume haben, weniger Anerkennung bekommen und von Dingen ausgeschlossen zu sein, über die andere sehr wohl verfügen, ist Ausdruck einer sozialen Krise, in der auf Dauer die Selbstwirksamkeit und die Selbstregulation der betroffenen Personen leidet. „Status anxiety“ nennt De Botton (2004) die hier ablaufenden Prozesse, die auf der untersten sozialen Hierarchie mit Stigmatisierung verbunden sind.

Den Wunsch nach Anerkennung und die Vergleichsprozesse, die soziale Interaktionen im Kontext von Statusunterschieden ausmachen, illustriert Simmel an der bekannten Geschichte vom Loch im Ärmel:

Ein Loch im Ärmel wird ein Knabe etwa aus Furcht vor Strafe und der proletarische Anwärter auf eine Anstellung aus Besorgnis, zurückgewiesen zu werden, verbergen; beiden ist das Loch aus jenen Gründen sehr unangenehm, aber sie schämen sich dessen nicht eigentlich. Wohl aber tut dies ein heruntergekommener Mann, der mit einem Loch im Ärmel einem ehemaligen Bekannten begegnet. Denn er empfindet jetzt seine ganze Persönlichkeit mit allem Inhalt, den die Vergangenheit ihr gegeben hat, in die Aufmerksamkeit des Begegnenden gerückt und zugleich, dass sein momentanes Ich, gegen diese Vorstellung gehalten, verringert und herabgesetzt wird. (Simmel, 1983, S.143)

Die Geschichte des Berliner Soziologen vom Anfang des vorigen Jahrhunderts unterstreicht die Wichtigkeit von relativer Deprivation und die Aufmerksamkeit, die wir im Stressgeschehen den Vergleichsprozessen zu widmen haben. Für das Loch im Ärmel wird

sich ein Arbeitsloser heute schämen. Die Bedeutung, die Scham und Beschämung im Leben von Menschen mit niedrigerem Status spielen, ist ungebrochen.

In der Armutsmessung gibt es den Indikator "sich nicht einmal im Monat Freunde zu sich nach Hause zum Essen einladen zu können". Dass man es sich nicht leisten kann, Freunde ordentlich zu bewirten, ist damit auch gemeint - aber irgendetwas haben auch Einkommensarme im Kühlschrank. Dieser Indikator ist vielmehr ein Seismograf für Scham: sein Privatstes, sein persönliches Unglück zeigen zu müssen. Adam Smith (1776, 2004) hat das bereits in seinem "Wealth of Nation" erkannt: Armut als "being unable to appear in public without shame".

Beschämung hält Menschen klein und rechtfertigt die Bloßstellung und Demütigung als von den Beschämten selbst verschuldet. „Damit der Akt der Beschämung seinen Zweck erreicht, muss für den beschämenden Mangel die Verantwortlichkeit auf die beschämte Person selbst übertragen werden (Neckel, 2008, S. 23). „Beschämung beruht ja auch darauf, den anderen zum Objekt der eigenen Freiheit zu machen, der damit im gleichen Maße Freiheit und Autonomie verliert.“

Goffman (1990) spricht gar von so genannten „Nullpersonen“, wenn Menschen beschämt und stigmatisiert werden. „Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identitäten“ trägt Goffmans Stigma-Buch als Untertitel und weist damit auf Anforderungen hin, denen sich von Stigmatisierung Betroffene stellen müssen.

Mit Situationen der Beschämung werden spezifische Anforderungen und darauf folgendes Bewältigungshandeln verbunden. Die Bedrohung des eigenen Ansehens ist eine „genuin sozio-psychische Stressquelle“ argumentiert Salentin (2002, S. 76). Menschen erwarten sich Anerkennung und Wertschätzung. Wenn der Verlust des sozialen Status droht oder bereits eingesetzt hat, oder längst passiert ist, kann er – wird er öffentlich – zu einer bedrohlichen Konstellation führen. „Die bloße Furcht vor dem Verlust der Wertschätzung reicht aus, um Besorgnis eigener Art zu wecken“ (Salentin, 2002, S.76).

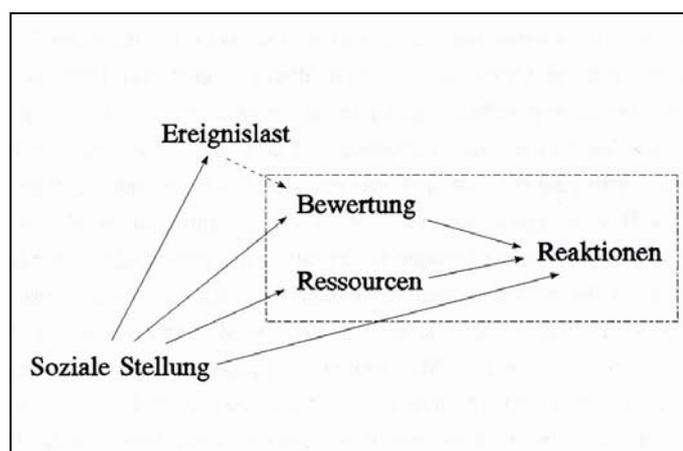
Salentin bezeichnet die Scham in Anlehnung an Pearlin (1989) als Sekundärstressor, die Armut als Primärstressor. Die Beunruhigung durch die ökonomischen Probleme und die

damit verbundenen Bewältigungsformen sind das eine. Das andere ist die ausgelöste Sorge um das eigene Image und die Unsicherheit über das (imaginäre) Urteil der anderen.

Schwarzer (2000) sieht die Scham als einen Spezialfall sozialer Angst. Es handle sich dabei um Situationen, die „als selbstwertbedrohlich erlebt werden“ und mit „Besorgnis und Aufgeregtheit“ einhergehen (Schwarzer, 2000, S. 118). Wer sich schämt, hat das Ereignis intern attribuiert. Man ist selber verantwortlich und glaubt bzw. fühlt, dass das die anderen auch so sehen. Schwarzer nennt zusätzlich zur Scham noch die Verlegenheit, die Publikumsangst und die Schüchternheit, die in Anwesenheit anderer Personen ein Gefühl des Unbehagens und der Selbstwertbeeinträchtigung zeigen. Gemeinsam ist ihnen allen: „Es geht um sozialen Stress“ (Schwarzer, 2000, S. 134).

Die Studie Salentins (2002) „Armut, Scham und Stressbewältigung“ - basierend auf dem Transaktionsmodell von Lazarus und Folkman (1984) - ging davon aus, dass die soziale Stellung die Ereignislast und die Reaktionen in Belastungssituationen direkt beeinflusst. Bewertungen und Ressourcen wirken auf die Reaktionen, sind aber selbst von der sozialen Stellung abhängig (siehe Abbildung 13).

Abb. 13: Modell der sozialen Einbettung der Belastungsverarbeitung (Salentin, 2002, S. 91).



Die Ergebnisse zeigten, dass ökonomische Benachteiligung zu erhöhtem emotionalen Stressaufkommen führt. Und dass der Scham bei der Verarbeitung ökonomischer Probleme eine zentrale Bedeutung zukommt. Die Befürchtung um das eigene Ansehen wies gemeinsam mit der Sorge um finanzielle Belange die engsten statistischen Zusammenhänge auf. Die emotionale Belastung steigt mit fast allen Anliegen, am stärksten jedoch mit mangelndem Geld und Ansehen. Die sozialpsychologischen Folgeeffekte der Knappheit üben dieselben massiven emotionalen Wirkungen aus wie die Knappheit selbst, so Salentin.

Arme reagieren in Stresssituationen genauso problemorientiert wie die Nicht-Armen. Nur bei Bedrohung des Ansehens werden keine problemadäquaten Strategien angewandt. Die Effektstärke war hier so hoch wie beim mangelnden Geld. „Je mehr jemand befürchtet, durch die Armut in den Augen seiner Umgebung an Wertschätzung einzubüßen, desto weniger wird er oder sie sich bemühen, die Probleme unmittelbar anzugehen“ (Salentin, 2008, S. 30). Das geht zu Lasten der Informationssuche und der Suche nach Unterstützung. Soziale Unterstützung und interne Kontrollüberzeugungen, die bei Armen in geringerem Ausmaß als Ressource zur Verfügung standen, können laut Salentin „belastende Auseinandersetzungen“ nicht „abwenden“.

Beschämung hat direkte Auswirkungen auf das unterste soziale Netz; auf die Sozialhilfe, die Notstandshilfe, und ist dort ein bestimmender Faktor. Zwei aktuelle Studien haben auf die Effekte der Beschämung hingewiesen. Michael Fuchs (2007) vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung kam zum Ergebnis, dass nur 40% der Hilfesuchenden die Sozialhilfe in Anspruch nehmen, obwohl sie ein Recht darauf hätten und sie auch bräuchten. Und eine breit angelegte Erhebung der Armutskonferenz (2008) zum Sozialhilfevollzug ergab, dass Demütigungen Bedürftiger auf den Sozialämtern in hohem Ausmaß auftreten. Die Hitliste der Beschämungen wird von herablassendem Verhalten angeführt, aber auch Lächerlich machen und Unterstellungen kommen nach den Erfahrungen der sozialen NGOs häufig vor. Ähnliches wird vom Arbeitsmarktservice berichtet. Ein Teil der geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und von Vorsorgeuntersuchungen kann nach diesen Befunden auch mit Scham erklärt werden.

Scham kann aber bei sozial Benachteiligten auch eine ambivalente Form des Selbstschutzes sein. Menschen am finanziellen Rand versuchen, solange es ihnen möglich

ist, die Normalität nach außen aufrecht zu erhalten. Die Kinder sollen mit den anderen mit können, die Nachbarn brauchen sich nicht den Mund zu zerreißen. Es ist eine Form der Selbstachtung, ein Selbstschutz, das Gesicht vor den anderen nicht zu verlieren. Wenn die Scham weg ist, bricht der Mensch. Bei Wohnungslosen ist es ein großer Schritt, wenn sie sich wieder pflegen, duschen, auf ihr Äußeres schauen können.

6. Soziale Unterstützung und soziale Integration – und soziale Ungleichheit

Der Begriff der sozialen Unterstützung meint nicht soziale Integration. Unter sozialer Integration ist die Verwobenheit und das Eingebunden-Sein in soziale Netzwerke zu verstehen. Das Gegenteil sozialer Integration ist soziale Isolation. Für die soziale Integration sind die „Dichte, Dauer, Reziprozität und Homogenität“ (Schwarzer, 2004, S.177) der sozialen Einbettung maßgeblich. Von sozialen Netzen kann man profitieren, z.B. für Hilfe, sie können aber auch belastend sein wie z.B. Familienkonflikte etc. Sie sind weder gut noch schlecht, stellen aber ein Potential für soziale Unterstützung dar.

Bei sozialer Unterstützung geht es um den qualitativen Aspekt einer hilfreichen Sozialbeziehung. Zwei Menschen ertragen oder lindern in Interaktion gemeinsam eine leidvolle Situation. Zu unterscheiden sind dabei nach Schwarzer (2004) die

- wahrgenommene Unterstützung und
- die erhaltene Unterstützung.

Die wahrgenommene Unterstützung zielt auf kognitive Prozesse oder genauer auf „Überzeugungen, Erwartungen und Bewertungen“ (Schwarzer, 2004, S.117). Gefragt wird z.B.: Wenn du krank wirst und Pflege brauchst, wer würde dir dann zur Seite stehen? Und weiter um die Bewertung zu erfahren: Wie zufrieden wärest du mit dieser Art von Hilfe?

Die erhaltene Unterstützung wird retrospektiv betrachtet. Es geht um die Häufigkeit und Wirksamkeit der erhaltenen Hilfe in einer Notsituation.

Hilfe ist nicht gleich Hilfe. Schwarzer differenziert deshalb die soziale Unterstützung weiter in drei Dimensionen:

- in emotionale Unterstützung (Mitleid, Zuwendung, Trost, Wärme)
- in instrumentelle Unterstützung (Erledigung von Arbeiten, Besorgung von Gütern)
- in informationelle Unterstützung (Übermittlung von Informationen, Ratschlägen)

Die Abhängigkeit der einzelnen Merkmale sozialer Unterstützung zeigt folgende Abbildung.

Abb. 14: Interdependenz von Supportmerkmalen (Schwarzer, 2004, S. 196).



Ob jemandem geholfen wird, hängt stark davon ab, ob „ein „gewisses Maß an Gegenseitigkeit gewährt wird und dass soziale Attraktivität gegeben ist“ (Schwarzer, 2004, S.182). Gerade Personen mit einem Stigma, sei es körperlich oder sozial auffällig, haben einen schlechteren Stand in der Hilfemotivierung anderer. Denn die potentiellen HelferInnen schreiben der stigmatisierten Person unterschiedliche Ursachen ihrer Lage zu. Haben sie ihre Lage aus Sicht der Helfenden selbst verursacht, schwindet die Motivation

zu helfen, sind die Ursachen von der hilfebedürftigen Person „unkontrollierbar“, kann Mitleid ausgelöst werden. Die Kontrollierbarkeit ist eine grundlegende Dimension, die entscheidet, welche Gefühle und Verhaltensweisen man Menschen mit sozialem Stigma entgegenbringt (vgl. Weiner, Perry & Magnusson, 1988).

Einen weiteren Einfluss nimmt die Beobachtung des Bewältigungsverhaltens Hilfebedürftiger ein. Wer sich anstrengt, hat mehr Sympathien, auch wenn ihm die Verursachung seines Problems selbst zugeschrieben wird als jemand, der keine Anstrengung zeigt. „Das aktuelle Bewältigungsverhalten mag den Beobachter stärker beeindrucken als ein Fehlverhalten in der Vergangenheit“ (Schwarzer, 2004, S. 183). Janoff-Bulmann (1992) differenziert deshalb auch zwischen der Zuschreibung der Schuld auf ein Persönlichkeitsmerkmal (characterological blame) und auf dessen Verhalten (behavioral blame).

In einer gemeinsamen Studie fanden Schwarzer und Weiner (1991) heraus, dass die Emotionen „Mitleid“ und „Ärger“ die zentralen Gegenspieler in der Unterstützungsbereitschaft spielten, während die Kontrollierbarkeitsdimension nur indirekt über die Emotionen wirkt. Auf Hilfe kann jemand offensichtlich dann hoffen, wenn „die Zielperson sich Mühe gibt und wenn die handelnde Person Mitleid empfindet, während Gleichgültigkeit bei der einen in Verbindung mit Ärger bei der anderen Person ein ungünstiges Muster für Hilfeleistung darstellen würde (Schwarzer, 2004, S. 186).

Aber auch zu viel Leid zeigen, kommt nicht gut an, wie Silver, Wortman und Crofton (1990) belegen konnten. Drücken die Betroffenen zu viel an Leid aus, werden sie auch unattraktiv für den potentiellen Helfer.

Wie schwierig es für Menschen am sozialen Rand sein muss, soziale Unterstützung zu bekommen, zeigen die oben beschriebenen Forschungsergebnisse. Sie beschreiben das Bild vom „würdigen Armen“, der Hilfe verdient, im Gegensatz zum „unwürdigen“, der zum Schuldigen seines Schicksals wird.

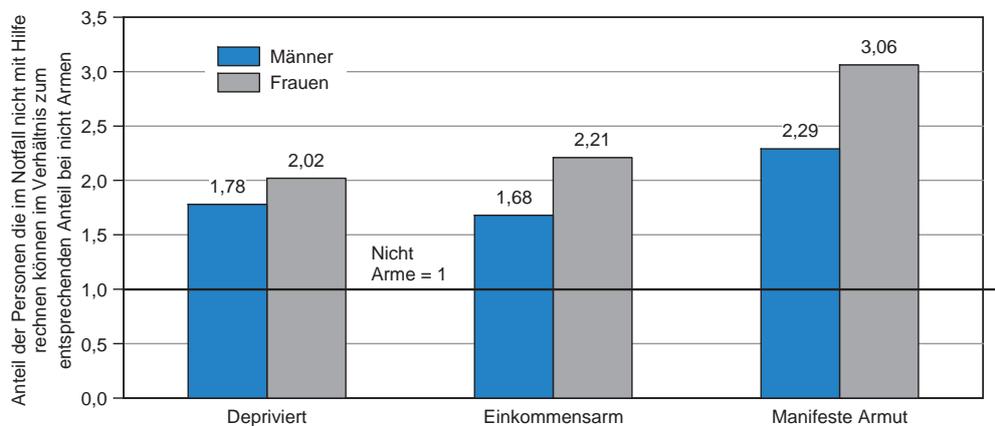
Betrachten wir die Daten der Statistik Austria (2008a) zu sozialer Integration und sozialer Unterstützung der Bevölkerung nach Einkommen, weisen manifest Arme die höchste Isolation und die geringste soziale Unterstützung auf.

Der soziale Isolationsindex ist bei manifest Armen am höchsten. Je ärmer die Haushalte werden, desto stärker sind Frauen von sozialer Isolation betroffen.

Der Index fehlender sozialer Unterstützung, der in Abbildung 15 dargestellt ist, veranschaulicht die Situation von social support Armutsbetroffener. Von der nicht armen Bevölkerung glauben 7% der Männer und 6% der Frauen, dass sie im Notfall keine Hilfe von Verwandten, Freundeskreis oder Nachbarschaft erwarten können. Einkommensarme hingegen beklagen bereits das doppelte Ausmaß an fehlender sozialer Unterstützung. Für Frauen beträgt der Index 2,21, für Männer 1,68. Bei manifest Armen findet sich der höchste Mangel an erwarteter sozialer Unterstützung. Der Index macht bei Frauen 3,06, bei Männern 2,29 aus.

Abb. 15: Index fehlender Unterstützung. Basis = % Unterstützungsmöglichkeit bei nicht armen Personen (Statistik Austria, 2008a, S. 66).

Index fehlender sozialer Unterstützung (Basis = % Unterstützungsmöglichkeit bei nicht armen Personen)



Q: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2006. - Personen ab 16 Jahre.

Es gilt als gesichert, dass soziale Isolation mit einem erhöhten Krankheitsrisiko einhergeht. Soziale Integration auf der anderen Seite ist ein wichtiger Puffer in Belastungssituationen und ein protektiver Faktor der Gesundheit. Soziale Isolation verbindet sich mit geringerer Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und steht in Zusammenhang mit allen ungünstigen stressphysiologischen Erscheinungen von kardiovaskulären, endokrinen bis

immunologischen Indikatoren (vgl. Klauer, 2002). Für Wohlbefinden und die Abwesenheit von psychischen Störungen finden sich weiters enge Zusammenhänge. Soziale Integration wirkt sich besonders auf den Krankheitsverlauf und auf die rasche Genesung positiv aus.

Der stärkste diesbezügliche Einfluss betrifft die Herz-Kreislauf Sterblichkeit (vgl. Berkman & Melchior, 2008). Es ergibt sich ein Gradient der sozialen Integration. Je zahlreicher die sozialen Bindungen, desto geringer das Sterberisiko. In ihrer Studie mit Angestellten eines großen französischen Energieunternehmens ergab sich ein Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und Krebsmortalität (vgl. Berkman, Melchior, Chastang, Niedhammer, Leclerc & Goldberg, 2004), selbst dann, wenn Risikofaktoren wie Tabak, Alkoholkonsum sowie Übergewicht statistisch kontrolliert wurden. Berkman (2008, S. 85) geht davon aus, dass das „Sterberisiko, welches mit sozialer Isolation verbunden ist, in gewissen Ausmaß das in der jeweiligen Bevölkerung vorherrschende Muster der Krankheitsverteilung widerspiegelt.“ In den USA korreliert die Mortalität von Herz-Kreislauf Erkrankungen am stärksten mit sozialer Isolation, während in Frankreich die Krebsmortalität den höchsten Zusammenhang aufweist.

Stang, Moebus und Dragano (2005) haben Personen mit unterschiedlicher Wohnfläche und sozialem Status Fragen zum Vertrauen in ihre nachbarschaftliche Umgebung gestellt. Bei Bezirken mit hohem Anteil von Arbeitslosen wie SozialhilfebezieherInnen ist das Vertrauen besonders niedrig. Der gleiche Zusammenhang ergibt sich mit der höheren Wohndichte. Siegrist, Dragano und Knesebeck (2006, S. 167) interpretieren die Ergebnisse als „eine Assoziation zwischen allgemeinen sozialstrukturellen Merkmalen der direkten Wohnumgebung und der individuellen Perzeption von Sicherheit und Vertrauen in die eigene, engste Umgebung“.

Der Begriff des „sozialen Kapitals“ sollte stärker in die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten einbezogen werden, plädieren Siegrist et al. (2006, S. 157) im Kontext der Debatte um soziale Ressourcen. Soziale Kohäsion beschreibt „eine bestimmte Qualität und Dichte zwischenmenschlicher Beziehungen in überschaubaren sozial-räumlichen Einheiten“. Soziale Kohäsion ist eine Ressource, eine Art soziales Kapital, von dem Menschen(gruppen) profitieren können. Putnam (1993) hat einen „Index of civic

community“ eingeführt, der aus drei Indikatoren besteht: dem Ausmaß sozialer Netzbildung in Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen, der Einschätzung eines Klimas des Vertrauens innerhalb der Wohnregion, und der eingeschätzten Geltung von Normen und Werten gegenseitiger Hilfsbereitschaft und Fairness (vgl. Siegrist et al., 2006, S. 159).

TEIL B: Empirische Untersuchung

1. Fragestellungen

Die Fragestellungen der Untersuchung lassen sich in fünf Abschnitte teilen.

1.1. Chronischer Stress und soziale Ungleichheit

- Hier sollen die aus Theorie und Praxis angezeigten Hinweise überprüft werden, ob chronische Stressbelastung bei Armutsbetroffenen genauso oder sogar häufiger als beim Rest der Bevölkerung auftritt. Und weiters ob ein Zusammenhang mit dem sozialen Status besteht, der aus Einkommen, Bildung und beruflicher Position erstellt wird. Auch soll geprüft werden, welchen Einfluss andere Sozialdaten wie Schulden, Arbeitslosigkeit, Alter und Geschlecht auf das Ausmaß der chronischen Stressbelastung haben.

- Weiters wird der Frage nachgegangen, wie sich Armut und sozialer Status auf das Allgemeinbefinden auswirkt, besonders auf Besorgnis und das subjektive Stressgefühl.

- Erschöpfung und depressive Verstimmungen gehen mit chronischen Stresserfahrungen Hand in Hand. Zeigen sich Unterschiede in Müdigkeit und Mattheit zwischen Armutsbetroffenen und der Normalbevölkerung?

1.2. Stressverarbeitung und soziale Ungleichheit

Es gibt eine Reihe von Faktoren, die den Stress abpuffern oder den Copingprozess erleichtern bzw. beschleunigen. Dabei kann es sich um Persönlichkeitsmerkmale oder um Situations- bzw. Umweltvariablen handeln. Nach der transaktionalen Stresstheorie sind das Ressourcen, die an zwei Stellen Einfluss nehmen können: bei der Einschätzung von Situationsanforderungen gegenüber den Ressourcen sowie im Copingvorgang.

- Ergreifen Armutsbetroffene andere Stressverarbeitungsstrategien als der Rest der Bevölkerung? Gibt es Unterschiede nach dem sozialen Status?

- Welche Unterschiede gibt es bei „Positivstrategien“ und „Negativstrategien“ der Stressverarbeitung?

- Welche Unterschiede finden sich, soziale Unterstützung zu suchen bzw. sich sozial abzukapseln?
- Welche Unterschiede zeigen sich in der Selbstwirksamkeit, der Kontrollierbarkeit der Situation, der eigenen Reaktion und der Strategie sich selbst Kompetenz zuzusprechen?
- Welche Unterschiede gibt es in der Bedrohung des eigenen Ansehens und des eigenen Status? Wie sind soziale Anerkennung und Überforderung zwischen Armen und Nichtarmen verteilt?
- Welche Unterschiede zeigen sich im „Weltvertrauen“, dem Kohärenzsinn?
- In welchem Ausmaß treten Resignation und Hilflosigkeit bei Armutsbetroffenen und Nicht-Armen auf?

1.3. Gesundheitsbeschwerden und soziale Ungleichheit

Es soll der Einfluss sozialer Ungleichheit auf unterschiedlichste Gesundheitsbeschwerden untersucht werden.

- Treten bei Armutsbetroffenen mehr gesundheitliche Beschwerden auf als beim Rest der Bevölkerung? Welchen Einfluss haben der soziale Status und andere Sozialdaten wie Schulden, Arbeitslosigkeit, Alter und Geschlecht?
- Welche gesundheitlichen Beschwerden und Krankheitsgruppen sind am stärksten betroffen?

1.4. Stressbelastung und Gesundheitsbeschwerden

Das Forschungsinteresse besteht hier im Erkunden des Zusammenhangs von chronischer Stressbelastung und Gesundheit.

- Welchen Einfluss hat chronischer Stress auf die unterschiedlichsten Gesundheitsbeschwerden?
- Wie hängen die verschiedenen Morbitätstypen mit chronischem Stress zusammen?

1.5. Stressverarbeitung und Gesundheitsbeschwerden

In diesem Abschnitt wollen wir den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Strategien der Stressverarbeitung und den gesundheitlichen Beschwerden der Betroffenen klären.

- Welche Unterschiede finden sich in den Gesundheitsbeschwerden und in der Morbidität, soziale Unterstützung zu suchen bzw. sich sozial abzukapseln?

- Welche Unterschiede zeigen sich in der Selbstwirksamkeit, der Kontrollierbarkeit der Situation, der eigenen Reaktion und der Strategie sich selbst Kompetenz zuzusprechen?
- Welche Unterschiede gibt es in der Bedrohung des eigenen Ansehens und des eigenen Status? Wie sind soziale Anerkennung und Überforderung zwischen Armen und Nichtarmen verteilt?
- Welche Unterschiede zeigen sich im „Weltvertrauen“, dem Kohärenzsinn?
- In welchem Ausmaß stehen Resignation und Hilflosigkeit in einem Zusammenhang mit Gesundheitsbeschwerden und Morbidität?

2. Untersuchungsmethodik

2.1. Messinstrumente: Fragebogen

Der Fragebogen beginnt mit dem Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS). Dieser ruft die aktuelle Situation ab und gibt den thematischen Rahmen der Befragung vor. Nach dem kurzen Kohärenzsinn-Fragebogen (SOC-13) folgt ihm der Stressverarbeitungsbogen (SVF-120). Der SVF hat die meisten Items und ist damit für die Aufmerksamkeit in der Mitte gut positioniert. Anschließend kommt die Beschwerdenliste (FBL-R) mit zusätzlichen Fragen zu Krankheiten und Gesundheitsverhalten. Zum Schluss werden die Sozialdaten abgefragt.

Die Beantwortung des Fragebogens nimmt 30 bis 40 Minuten in Anspruch.

Am Fragebogendeckblatt verwende ich den Begriff „gesundheitliche Belastungen“ als Thema der Untersuchung. Die Kombination beider Begriffe „Gesundheit“ und „Belastung“ beugt einer allzu schnellen Antwortneigung der Probanden vor, die mit der alleinigen Verwendung von z.B. „Stress“ bzw. „Gesundheit“ zu befürchten wäre. Die Aufforderung, „in sich hineinzuhorchen“ und die „für Sie stimmige Antwort“ zu finden, soll die persönliche Ernsthaftigkeit ansprechen und die Befragten zu einer authentischen Haltung bewegen.

2.1.1. Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)

Das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS) ist ein Verfahren für den deutschsprachigen Raum zur Erfassung von chronischem Alltagsstress.

Zur Beantwortung der Items stehen jeweils fünfstufige Häufigkeitsratings zur Verfügung. Die Person wird aufgefordert zu beurteilen, wie häufig die angesprochenen Erfahrungen in den letzten drei Monaten gemacht wurden.

Dem 57-Item-Fragebogen liegt ein interaktionsbezogenes Stresskonzept zugrunde (vgl. Schulz, Schlotz & Becker, 2004). Die Person-Umwelt Interaktion wird hier verstanden als

Passung bzw. Nichtpassung von Anforderungen, die eine Person im Alltag zu bewältigen hat – bei gleichzeitiger Einschätzung der Ressourcen, die zur Anforderungsbewältigung aktuell zur Verfügung stehen.

Der TICS berücksichtigt neun Stressarten und eine Screening-Skala, die mittels der folgenden Stress-Skalen erfasst werden:

- (1) Arbeitsüberlastung (UEBE)
- (2) Soziale Überlastung (SOUE)
- (3) Erfolgsdruck (ERDR)
- (4) Unzufriedenheit mit der Arbeit (UNZU)
- (5) Überforderung bei der Arbeit (UEFO)
- (6) Mangel an sozialer Anerkennung (MANG)
- (7) Soziale Spannungen (SOZS)
- (8) Soziale Isolation (SOZI)
- (9) Chronische Besorgnis (SORG)
- (10) Screening Skala „chronische Stressbelastung“ (SSCS)

Folgende Skalen sind für die Fragestellungen in dieser Untersuchung besonders interessant (vgl. Schulz et al., 1999, 2002, 2004).

- Soziale Isolation (SOZI): Fühlten sich häufig besorgt, mangelte es häufig an sozialen Kontakten, hatten häufig keine Gelegenheit, sich mit anderen auszusprechen.
- Chronische Besorgnis (SORG): Machen sich übermäßig viele Sorgen, haben häufig keine Kontrolle über sorgenvolle Gedanken, erleben selten Zeiten, in denen sie sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken können. Personen, die zur Besorgnis neigen, erleben die später abgefragten Stressepisoden intensiver, länger und aversiver (Schulz et al., 2002).
- Erfolgsdruck (ERDR): Hatten häufig Aufgaben und Verpflichtungen zu erfüllen, bei denen sie keine Fehler machen durften / hatten häufig Aufgaben zu erledigen, bei denen sie sich bewähren mussten / mussten häufig Aufgaben erfüllen, die mit hohen Erwartungen verbunden waren / mussten sich häufig anstrengen, um das Vertrauen anderer zu gewinnen / hatten häufig soziale Situationen zu bewältigen, bei denen sie einen guten Eindruck hinterlassen mussten. Im Falle der Nichtbewältigung würden aus Sicht der Person Folgen eintreten, die sie unbedingt vermeiden möchte, weil sie subjektiv als

geradezu katastrophal beurteilt werden, wie Statusverlust, soziale Zurückweisung, Ansehensverlust.

- Mangel an sozialer Anerkennung (MANG): Bekamen häufig zu wenig oder keine Anerkennung für ihre Leistungen/ wurden von anderen häufig abgelehnt, obwohl sie sich Mühe gaben, es allen recht zu machen/ wurden häufig für ihre Leistung schlechter bewertet als andere/ wurden für ihre Arbeit häufig nicht angemessen belohnt. Von Stress als „Mangel an sozialer Anerkennung“ berichten die Betroffenen dann, wenn sie trotz intensiver Beanspruchung die erwarteten sozialen Gratifikationen nicht erhalten.

- Überforderung bei der Arbeit/Aufgabe (UEFO): Fühlen sich häufig durch zu schwierige Aufgaben überfordert/ machten häufig Fehler bei der Arbeit/ waren häufig mit nicht zu bewältigenden Problemen konfrontiert konnten häufig nicht die Leistung bringen, die von ihnen erwartet wird. Es ist die Erfahrung des Scheiterns, des erfolglosen Bemühens, die den Stress ausmacht.

- Chronischer Stress (SSCS): Hier liegt eine Screening-Skala mit 12 Items vor, die chronische Stressbelastung unspezifisch und global erfasst. Nach dieser Skala ist eine Person dann chronisch gestresst, wenn sie sich viele Sorgen macht, überlastet und überfordert ist und keine Anerkennung für ihre Anstrengungen erhält.

Die Entwicklung dieses Verfahrens erstreckte sich über einen Zeitraum von 10 Jahren. Mit dem TICS wurde ein Instrument entwickelt, das die Gütekriterien für psychologische Testverfahren erfüllt (vgl. Schulz & Schlotz, 1999). Der TICS, da er weder bereichs- noch geschlechtsabhängig ist, kann Erwachsenen mit oder ohne Berufsarbeit vorgelegt werden. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 10 Minuten.

2.1.2. Sense of coherence SOC-13

Die Kurzform SOC-13 stellt ein reliables Erhebungsinstrument dar (vgl. Schuhmacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000). Die Interkorrelationen zwischen den drei Subskalen sind allerdings hoch. Es wird daher empfohlen nur die Gesamtsumme „Kohärenzsinn“ zu verwenden.

Kritisiert wird am SOC besonders die Unsicherheit, ob hier das Kohärenzgefühl nach Antonovskys salutogenetischer Theorie gemessen wird, oder ob es sich in Wirklichkeit um ein inverses Maß für Depression und Angst handelt (vgl. Geyer, 2000).

2.1.3. Der Stressverarbeitungsfragebogen SVF-120

Der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) soll deskriptive Aussagen darüber ermöglichen, zu welcher Reaktionsform eine Person in Stresssituationen neigt, unabhängig davon ob diese Reaktionsformen stressreduzierend oder stresssteigernd wirken (vgl. Janke & Erdmann, 1997). Dem SVF liegt eine transaktionale Stresskonzeption zu Grunde.

1978 erfolgte die erste Veröffentlichung des SVF mit 16 Subtests und 128 Items. Die verschiedenen SVF-Versionen basieren auf Itemanalysen, Interkorrelations- und Faktorenanalysen sowie auf Erkenntnissen der Stresspsychologie. Für den SVF 120 wurde der Test um den Subtest "Entspannung" erweitert, außerdem wurde eine kleinere Zahl von teststatistisch ungenügenden Items ersetzt.

Der SVF besteht aus 120 Items mit 19 Subtests (Stressverarbeitungsstrategien), die jeweils sechs Items umfassen. Jedes Item beschreibt eine mögliche Stressreaktion. Die Versuchsperson hat auf einer fünfstufigen Skala festzuhalten, mit welcher Wahrscheinlichkeit sie das beschriebene Verhalten zeigt, wenn sie "durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden" ist.

Folgende Stressverarbeitungsstrategien werden unterschieden:

- (1) Bagatellisierung
- (2) Herunterspielen
- (3) Schuldabwehr
- (4) Ablenkung
- (5) Ersatzbefriedigung
- (6) Selbstbestätigung
- (7) Entspannung
- (8) Situationskontrolle (Die Situation analysieren, Handlungen zur Kontrolle/Problemlösung planen)

„...mache ich mir einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann.“

(9) Reaktionskontrolle (Eigene Reaktionen unter Kontrolle bringen oder halten)

„...sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren.“

(10) Positive Selbstinstruktion (Sich selbst Kompetenz und Kontrollvermögen zusprechen)

„...sage ich mir, du kannst damit fertig werden.“

(11) Soziales Unterstützungsbedürfnis (Aussprache, soziale Unterstützung und Hilfe suchen)

„...versuche ich, mit irgendjemandem über das Problem zu sprechen.“

(12) Vermeidung

(13) Fluchttendenz

(14) Soziale Abkapselung (Sich von anderen zurückziehen)

„...meide ich die Menschen.“

(15) Gedankliche Weiterbeschäftigung

(16) Resignation (Aufgeben mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit)

„...neige ich dazu zu resignieren.“

(17) Selbstbemitleidung (Sich selbst bemitleiden mit missgünstiger, aggressiver Komponente)

„...frage ich mich, warum das gerade mir passieren musste.“

(18) Selbstbeschuldigung (Belastungen eigenen Fehl-Handlungen zuschreiben)

„...mach ich mir Vorwürfe.“

(19) Aggression (Gereizt, ärgerlich, aggressiv reagieren)

„...werde ich ungehalten.“

(20) Pharmakaeinnahme

Positiv- und Negativstrategien: Für den SVF 120 wurde der Test um den Subtest "Entspannung" erweitert. Außerdem wurden beim Subtest "Resignation" zwei Items ersetzt durch solche, die Hilflosigkeit umschreiben. Beim Subtest "Flucht" wurde ein Item (Nr. 38) wegen geringer Trennschärfe neu formuliert (vgl. Janke & Erdmann, 1997, S. 4). Außerdem unterscheidet der SVF 120 zwischen "Positivstrategien" (POS), also solchen Strategien, die prinzipiell zur Stressreduktion geeignet sein können (Subtests 1-10), und "Negativstrategien" (NEG), die eher stressvermehrend sein dürften (Subtests 13-18).

(Pos1) Abwertung, Abwehr / (Pos2) Ablenkung / (Pos3) Kontrolle: Unter den Positivstrategien werden drei verschiedene Bereiche unterschieden:

POS 1 umfasst kognitive Bewältigungsstrategien i.S. *Abwertung/Abwehr* (Subtests 1-3),

POS 2 beinhaltet Tendenzen zur *Ablenkung von einer Belastung* (Subtests 4-7),

POS 3 bezieht sich auf Maßnahmen zur *Kontrolle* des Stressors, der dadurch ausgelösten Reaktionen und die dafür nötige Selbstzuschreibung von Kompetenz (Subtests 8-10).

Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 15 Minuten.

2.1.4. Freiburger Beschwerdenliste (FBL-R)

Die Freiburger Beschwerdenliste fragt nach dem Allgemeinbefinden und nach Beschwerden in den größeren Funktionsbereichen wie Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Anspannung, Kopf-Hals, etc (vgl. Fahrenberg, 1994). Für die überwiegende Zahl der Beschwerden wird nach der Häufigkeit in der letzten Zeit (von „praktisch nie“ bis „fast täglich“) gefragt, für einige Items nach der Intensität (von „praktisch nicht“ bis „sehr stark“).

Der FBL-R hat 71 Beschwerden-Items, die in 9 Skalen zusammengefasst sind, sowie die Beschwerdensumme als 10. Skala:

1. Allgemeinbefinden (ALL)
2. Müdigkeit (MÜD)
3. Herz-Kreislauf (HKR)
4. Magen-Darm (MDA)
5. Kopf-Hals-Reizsyndrom (KHA)
6. Anspannung (ANSP)
7. Emotionale Reaktivität (EMO)
8. Schmerz (SCHM)
9. Sensorik (SEN)
10. Beschwerdensumme (SUM)

Für die Auswertung in dieser Arbeit sind u.a. die stressrelevanten Skalen „Allgemeinbefinden“ und „Müdigkeit“ von Bedeutung:

- Allgemeinbefinden (ALL): Personen mit hohen Testwerten haben ein stark beeinträchtigtes körperliches Allgemeinbefinden. Sie haben Kopfschmerzen und Appetitmangel, sie sind wetterfühliger, haben kalte Hände, eine empfindliche Haut und halten sich für sehr schmerzempfindlich. Sie haben das Gefühl im Stress zu sein, und machen sich Sorgen um ihre Gesundheit.
- Müdigkeit (MÜD): Personen mit hohen Testwerten fühlen sich matt, benommen, wenig leistungsfähig und ermüden schnell. Sie haben häufig Schlafstörungen.

Einzelne für die Fragestellung relevante Items des FBL-R werden ebenfalls für die Auswertung herangezogen.

Aufwachen: „Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen?“ (Item 1)

Einschlafen: „Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?“ (Item 2)

Durchschlafen: „Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?“ (Item 3)

Subjektives Stressgefühl: „Haben Sie das Gefühl, im Stress zu sein?“ (Item 79)

Gesundheitssorgen: „Haben Sie sich in der letzten Zeit Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?“ (Item 80)

Die Bearbeitungszeit des SVF-120 beträgt 5-10 Minuten.

2.1.5. Sozialdaten:

2.1.5.1. Haushaltseinkommen, Armut, sozialer Status

Akute Armut und Armutsgefährdung: Im Fragebogen wird „Armutsgefährdung“ im Allgemeinen sowie „akute“ bzw. „manifeste Armut“ im speziellen erhoben. Dabei wird Armutsgefährdung, der europaweiten Definition entsprechend (BMSGK, 2004; Statistik Austria, 2008a), über Einkommensrisiken definiert: Personen, deren gewichtetes Pro-Kopf-Haushaltseinkommen unter einem Schwellenwert von 60% des Medianwertes des österreichischen Pro-Kopf-Einkommens liegt, gelten als armutsgefährdet.

Von „akuter Armut“ oder „manifeste Armut“ wird gesprochen, wenn zum geringen finanziellen Einkommen auch Einschränkungen und Ausgrenzungen von grundlegenden Lebensbedürfnissen treten. Dies trifft dann zu, wenn – zusätzlich zu geringem Einkommen – eine der fünf folgenden Situationen auftritt (vgl. BMSGK, 2004).

1. Substandardwohnung;
2. Rückstände bei Zahlungen von Mieten und Krediten;
3. Probleme beim Beheizen der Wohnung;
4. Unmöglichkeit, abgenutzte Kleidung durch neue Kleider zu ersetzen;
5. Unmöglichkeit, zumindest einmal im Monat nach Hause zum Essen einzuladen.

- Ad „Substandardwohnung“:

Frage: Gibt es in Ihrer Wohnung ein Bad oder eine Dusche?

Frage: Gibt es in Ihrer Wohnung fließendes Warmwasser?

Frage: Gibt es in Ihrer Wohnung eine Inntoilette?

Damit eine Wohnung als Substandard angesehen wird, darf sie über kein Bad oder Dusche UND kein fließendes Warmwasser verfügen ODER über keine Inntoilette verfügen.

- Ad „Rückstände bei Zahlungen von Mieten oder Krediten“:

Frage: War Ihr Haushalt irgendwann im letzten Jahr mit einer der folgenden Zahlungen im Rückstand?

- (a) Miete und Betriebskosten
- (b) Hypothekenzahlungen
- (c) Nebenkostenrechnungen (Strom, Gas, Wasser)
- (d) Ratenzahlungen oder Tilgung von anderen Darlehen (einschließlich Rückstände bei der Bezahlung von Kreditkartenrechnungen)

Als „Ver- bzw. überschuldet“ werden jene Betroffenen bezeichnet, die auf eine dieser Fragen mit ja geantwortet haben.

- Ad „Probleme beim Beheizen der Wohnung“:

Frage: Wenn Sie wollten, könnten Sie Ihre Wohnung angemessen warm halten?

- Ad „Unmöglichkeit, abgenutzte Kleidung durch neue Kleider zu ersetzen“:

Frage: Wenn Sie wollten, könnten Sie sich neue Kleidung kaufen?

- Ad „Unmöglichkeit, zumindest einmal im Monat nach Hause zum Essen einzuladen“

Frage: Wenn Sie wollten, könnten Sie mindestens einmal im Monat Freunde oder Familienmitglieder zu sich zum Essen einladen?

Akute Armut umfasst also die am meisten gefährdete Untergruppe innerhalb der armutsgefährdeten Bevölkerung. Für die Berechnung der Armutsgefährdungsschwelle werden zunächst die gesamten verfügbaren Einkommen aller Haushaltsmitglieder zusammengezählt: Löhne und Gehälter, Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Kapitalerträge, Pensionen und andere monetäre Sozialleistungen abzüglich Einkommenssteuern und Sozialversicherungsabgaben. Danach wird dieses Haushaltseinkommen nach der Anzahl der Personen im Haushalt gewichtet, und zwar unterschiedlich für Erwachsene und Kinder. Diese Gewichtung hat ihren Grund in Einsparungseffekten bei Mehrpersonenhaushalten (z.B. bei Wohnungs- oder Nahrungsmittelkosten). In Übereinstimmung mit der europäischen Armutsberichterstattung wird die von EUROSTAT und der OECD gebräuchliche Gewichtung verwendet, welche die erste erwachsene Person im Haushalt mit 1 gewichtet, jede weitere erwachsene Person mit 0,5, und jedes Kind mit 0,3. (vgl. Statistik Austria, 2008a). Es wird also beispielsweise angenommen, dass ein Haushalt mit einer erwachsenen Personen und drei Kindern (1,9) circa doppelt soviel Haushaltseinkommen benötigt wie ein Einpersonenhaushalt (1), um dasselbe Wohlstandsniveau zu erreichen. Daraus ergeben sich für den Zeitraum dieser Untersuchung folgende Armutsgefährdungsschwellen:

Tab. 2: Armutsgefährdungsschwellen für unterschiedliche Haushaltstypen (BMSGK, 2004, S. 212):

<i>Haushaltszusammensetzung</i>	<i>Monatswert, € Jahreswerte, €</i>	
Einpersonenhaushalt	785	9.425
Ein Erwachsener + 1 Kind	1.021	12.252
Zwei Erwachsene	1.178	14.137
Zwei Erwachsene + 1 Kind	1.414	16.965
Zwei Erwachsene + 2 Kinder	1.649	19.792
Zwei Erwachsene + 3 Kinder	1.885	22.620

Einkommens-Schicht: Die vier Einkommensschichten werden nach dem Äquivalenz Netto-Haushaltseinkommen bestimmt (vgl. Freidl et al., 2001). Die unterste Einkommensschicht liegt unter 60% des Medians.

Unter 780 €..... Einkommens-Schicht 1

Unter 1400 €Einkommens-Schicht 2

Unter 1950 €.....Einkommens-Schicht 3

Über 1950 €.....Einkommens-Schicht 4

Höchste abgeschlossene Schulbildung: Die Variable Bildung bestimmt sich aus der höchsten abgeschlossenen Schulbildung der Befragten, aufgeteilt in vier Kategorien (vgl. Freidl et al., 2001).

- Pflichtschule
- Lehre
- Mittlere Ausbildung
- Universität

Berufliche Position: Die berufliche Position oder Stellung einer Person definiert sich in jeder Berufsgruppe (Angestellte, Handwerker, Beamte,...) nach jeweils berufsgruppenspezifischen Kriterien...Unter Einbeziehung des Qualifikationsniveaus einer Tätigkeit und der mit der Tätigkeit verbundenen (Führungs-) Aufgaben werden folgende vier Kategorien für die berufliche Position unterschieden (vgl. Freidl et al., 2001).

1. Niedrige, unqualifizierte oder angelernte Tätigkeit: z.B. un- oder angelernte ArbeiterIn, Angestellte und Beamte/In mit einfacher Tätigkeit.
2. Mittel qualifizierte Tätigkeit: z.B. gelernte/r FacharbeiterIn, VorarbeiterIn, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit und Beamte/In im mittleren Dienst.
3. Gehobene Tätigkeit: hoch qualifizierte Tätigkeit, z.B. MeisterIn, PolierIn, IngenieurIn, LehrerIn, Angestellte mit Leitungsfunktion, Selbstständige mit bis zu neun Mitarbeitern.
4. Führungsposition: z.B. Direktorin, GeschäftsführerIn, Vorstand, freie Berufe, Selbstständige ab zehn MitarbeiterInnen.

Sozio-ökonomischer Status: Mittels eines Punktesystems, in dem die vier Kategorien in Einkommen, Bildung und berufliche Position nach Höhe mit 1 bis 4 bewertet werden, entstehen 5 Schichten. Beginnend mit Schicht A, der Kategorie mit dem höchsten sozio-ökonomischen Status (vgl. Lampert & Kroll, 2006).

1. Schicht A (11-12 Punkte)
2. Schicht B (9-10 Punkte)
3. Schicht C (7-8 Punkte)
4. Schicht D (5-6 Punkte)
5. Schicht A (3-4 Punkte)

Hauptsächliche Einkommensart: Ist jenes Einkommen, das den Hauptbestandteil des Haushaltsbudget bildet (Lohneinkommen, Selbständige Tätigkeit, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Kindergeld, etc).

2.1.5.2. Krankheiten

Krankheitseinschätzung und Krankheitshäufigkeit: Neben der Freiburger Beschwerdenliste (FBL-R) als Einschätzung der aktuellen gesundheitlichen Befindlichkeit soll die Frage nach Einschätzung der Krankheitshäufigkeit über eine Zeitstrecke die Gesundheitssituation stärker objektivieren:

„Wie oft waren Sie im letzten halben Jahr krank?“

Chronische Krankheiten: Die Frage nach chronischen Erkrankungen gibt Hinweise auf die Morbidität der Befragten, die dann weiters spezifiziert wird.

„Leiden Sie unter einer andauernden Krankheit,“

Morbidität nach Krankheitsgruppen: Verwandte Krankheiten werden zu Krankheitsgruppen zusammengefasst.

1. Krebs
2. Psychische und psychiatrische Erkrankungen (Epilepsie, Schwere Kopfschmerzen, Migräne, Nervosität, Angstzustände)
3. Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Gallensteine, Nierensteine)

4. Kreislauferkrankungen (hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Hirnschlag)
5. Krankheiten der Atmungsorgane (Chronische Bronchitis, Asthma)
6. Krankheiten der Verdauungsorgane (Magengeschwür, Gastritis)
7. Krankheiten der Urogenitalorgane (Krankheiten des Unterleibs)
8. Hautkrankheiten
9. Krankheiten des Bewegungsapparates
10. Entfernung eines Organs, Arm- oder Beinamputation
11. Allergie
12. Schlafstörungen

Die Frageformulierung und die Aufzählung der Krankheitsgruppen stammt aus dem Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (vgl. Freidl et al., 2001).

Für das Gesundheitshandeln bzw. Gesundheitsverhalten wurde die Frageformulierung zu Bewegung, Schlaf und soziale Unterstützung aus dem Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (vgl. Freidl et al., 2001) verwendet.

Das Item „Bewegung“ wurde durch den Begriff „Sport“ ergänzt. Im Pre-Test ergab sich, dass damit klarer körperliche Betätigung, die anstrengt, jemanden außer Atem kommen und Schwitzen lässt, assoziiert wird.

Bei Konsultation einer Gesundheitskraft wurden noch andere Gesundheitsberufe wie PsychologIn, PhysiotherapeutIn und HomöopathIn dazugenommen.

Die Frageformulierung zu Rauchen und Trinken stammt aus dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens von Dlugosch und Krieger (1995).

2.2. Untersuchungsdurchführung und -ablauf

Vor dem eigentlichen Untersuchungsbeginn wurde ein Pretest durchgeführt. Den Entwurf des Fragebogens bekamen zehn Personen zum Ausfüllen, davon waren vier SozialhilfebezieherInnen. Aus den Rückmeldungen sind die Fragen zu den Sozialdaten und zur Gesundheit sowie die Deckblätter semantisch und layoutmäßig überarbeitet worden.

Die Stichprobenziehung verfolgte das Ziel, den in vielen Arbeiten zum Thema unterrepräsentierten untersten Einkommensbereich adäquat zu erheben. Der Zugang zur Stichprobe wurde über Sozialberatungsstellen und soziale Einrichtungen für potentiell Armutsbetroffene in Wien sichergestellt. Fragebögen erhielten KlientInnen der Familienberatungsstellen der Caritas, Frauenwohnzimmer der Caritas, die Wohnungslosenstelle Gruft, Beschäftigungsprojekte der Volkshilfe und Diakonie, Frauenwohnheim Kolping, Beratung für Langzeitarbeitslose im Würfel und Altem Eisen, die Schuldnerberatungen, die Mädchen- und Frauenberatungsstellen und die Kontaktstelle für Alleinerziehende.

Der andere Teil der Stichprobe stellte eine Zufallsauswahl von Personen aus Wien da. Die Fragebögen wurden im Bus und in der U-Bahn verteilt. Damit oberste EinkommensbezieherInnen in der Stichprobe vertreten sind, erfolgte auch eine gezielte Verteilung an Eltern einer Wiener Privatschule.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Jänner bis April 2004. Von den 200 ausgeteilten Fragebögen kamen 152 ausgefüllt zurück. Die Rücklaufquote liegt somit bei 76%. Die Kuverts, in denen die Bögen steckten, waren bereits frankiert, was zur guten Rücklaufquote beitrug. Die KlientInnen bzw. BewohnerInnen der Sozialeinrichtungen konnte ich entweder direkt ansprechen oder hatte gute MultiplikatorInnen unter den SozialarbeiterInnen für den Rücklauf. 4 Fragebögen mussten ausgeschieden werden, weil die Befragten älter als 60 Jahre alt waren bzw. der Teil mit den Sozialdaten fehlte. Somit ergab sich eine Stichprobengröße von $n = 148$.

2.3. Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe besteht aus 148 Personen. Davon sind 87 Frauen (58,8%) und 61 Männer (41,2%). Nach dem Alter ist die Stichprobe ausgewogener verteilt: 48,6% (72) gehören zur Gruppe der 19- bis 39Jährigen, 51,4% (76) zu den 40- bis 60Jährigen. Insgesamt sind 95% (141) der Stichprobe österreichische StaatsbürgerInnen, 1,4% (2) kommen aus EU-Ländern, 3,4% (5) sind Drittstaatsangehörige.

Tab. 3: Zusammensetzung Stichprobe: **Geschlecht und Alter**

GESCHLECHT			ALTER		
	N	%		N	%
<i>Frauen</i>	87	58,8	<i>19-39 Jährige</i>	72	48,6
<i>Männer</i>	61	41,2	<i>40-60 Jährige</i>	76	51,4
Gesamt	148	100	Gesamt	148	100

Pflichtschule oder Lehre haben 60 (40,5%) Personen der Gesamtstichprobe absolviert, 88 (59,5%) verfügen über Matura oder weitere Bildungsabschlüsse. Niedrige und mittlere berufliche Positionen mit 38,5% und 37,2% überwiegen in der Grundgesamtheit, höhere Positionen haben 18,2% der Befragten inne, 6,1% befinden sich in Führungspositionen.

Tab. 4: Zusammensetzung Stichprobe: **Berufliche Position und Bildung**

BERUFLICHE POSITION			BILDUNG		
	N	%		N	%
<i>Niedrig</i>	57	38,5	<i>Pflichtsch./Lehre</i>	60	40,5
<i>Mittel</i>	55	37,2	<i>Matura /Uni</i>	88	59,5
<i>Hoch</i>	27	18,2	Gesamt	148	100
<i>Führungsposit.</i>	9	6,1			
Gesamt	148	100			

Tab. 5: Zusammensetzung Stichprobe: **Arbeitslosigkeit und Schulden**

ARBEITSLOSIGKEIT			SCHULDEN		
	N	%		N	%
<i>Nicht Arbeitslos</i>	105	70,9	<i>Keine Schulden</i>	120	81,1
<i>Arbeitslos</i>	43	28,1	<i>Schulden</i>	28	18,9
Gesamt	148	100	Gesamt	148	100

Der Anteil jener Personen, die keine Erwerbsarbeit haben, beträgt 28,1%. Von 148 Befragten sind 43 ohne Arbeit. Betrachtet man die Zusammensetzung der Stichprobe hinsichtlich Überschuldung, zeigt sich ein Anteil von 18,9% mit Schuldenproblemen.

Tab. 6: Zusammensetzung Stichprobe: **Armut und Haushaltseinkommen**

ARMUT			HAUSHALTSEINKOMMEN		
	N	%		N	%
<i>Akute Armut</i>	55	37,2	242 – 1024 €	74	50
<i>Armutsgefährd.</i>	27	18,2	1025 – 5533 €	74	50
<i>Nicht-Arme</i>	66	44,6	Gesamt	148	100
Gesamt	148	100			

Jene 55 Personen, die in “akuter Armut” leben, machen 37,2% der Gesamtstichprobe aus. 27 (18,2%) können als “armutsgefährdet” bezeichnet werden, 66 (44,6%) gehören zur nicht-armen Bevölkerung.

Das Äquivalenz-Haushaltseinkommen der Stichprobe reicht von 242 Euro bis 5533 Euro. Der Median, unter dem die Hälfte der befragten Haushalte liegt, beträgt 1025 Euro.

Tab. 7: Zusammensetzung der Stichprobe: **Haupteinkommensart und Armut**

	<i>Akute Armut</i>		<i>Armutsgefährd.</i>		<i>Nicht Arme</i>		Gesamt
	N	%	N	%	N	%	
<i>Lohneinkom.</i>	13	15,5	18	21,4	53	63,1	84
<i>Selbständig</i>	2	16,7	1	8,3	9	75	12
<i>Kindergeld</i>	2	66,7	1	33,3	0	0	3
<i>Arbeitsloseng.</i>	7	77,8	2	22,2	0	0	9
<i>Notstandshilfe</i>	19	34,5	3	11,1	0	0	22
<i>Sozialhilfe</i>	10	100	0	0	0	0	10
<i>Pension</i>	2	28,6	1	14,3	4	57,1	7
<i>Unterhalt</i>	0	0	1	100	0	0	1
Gesamt	55	37,2	27	18,2	66	44,6	148

Für 56,8% (84 Personen) sind Lohneinkommen die Haupteinkommensart des Haushaltes, in dem sie leben. Aus selbständiger Tätigkeit beziehen 8,1% (12 Personen) der Gesamtstichprobe ihr Einkommen; für 2% (3 Personen) ist es das Kindergeld, für 6,1 (9)

das Arbeitslosengeld und für 14,9% (22) die Notstandshilfe. 6,8% (10) der Befragten muss von Sozialhilfe leben. Die Pension bedeutet für 4,7% (7 Personen) den zentralen Einkommensbestandteil, der Unterhalt für eine Person.

Die Voraussetzungen für einen Signifikanztest sind nicht gegeben. Zwischen der Haupteinkommensart und Armut bestehen aber auffällige Unterschiede. Der Bezug bestimmter Leistungen wie dem Arbeitslosengeld, der Notstandshilfe und der Sozialhilfe bedeutet unter die Armutsgrenze zu rutschen. Da gibt es niemanden unter den Nicht-Armen, dafür bei den akut Armen 77,8% ArbeitslosengeldbezieherInnen, 34,5% NotstandshilfebezieherInnen und 100% SozialhilfebezieherInnen. Auch das Kindergeld, wenn es Haupteinkommensbestandteil eines Haushaltes wird, führt in die Armut. Von 7 PensionistInnen sind 4 nicht arm, eine armutsgefährdet und zwei akut arm. Und von den 12 selbstständig Tätigen befinden sich 9 über und 3 unter der Einkommensarmutsgrenze. Wer erwerbstätig ist, ist zu 63,1% vor Armut geschützt, aber 15,5% sind akut arm und 21,4% armutsgefährdet. Zusammengezählt können immerhin 36,9% der Erwerbstätigenstichprobe als working poor bezeichnet werden.

Tab. 8: Kreuztabelle: **Bildung und Haushaltseinkommen**

	<i>Pflichtsch./Lehre</i>		<i>Matura/Uni</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>Über 1950 €</i>	5	8,3	23	26,1	28	18,9
<i>Unter 1950 €</i>	7	11,7	20	22,7	27	18,2
<i>Unter 1400 €</i>	16	26,7	23	26,1	39	26,4
<i>Unter 780 €</i>	32	53,3	22	25,0	54	36,5
Gesamt	60	100	88	100	148	100

Chi-Square (Pearson) = 16,222; df=3; p = **0,001**

Haushaltseinkommen über 1950 Euro im Monat beziehen 18,9% der Gesamtstichprobe, das sind 28 Personen von 148. Zwischen 1950 Euro und 1400 Euro verfügen 18,9% (27). 26,4% (39) liegen mit ihrem Haushaltseinkommen unter 1400 Euro, aber über 780 Euro. Unter der Schwelle von 780 Euro finden sich 36,5% aller Befragten, das betrifft 54 Personen. Bildung und Haushaltseinkommen weisen einen hoch signifikanten Zusammenhang auf (p = 0,001). Während sich in Haushalten mit über 1950 Euro Einkommen nur 8,3% aller Personen mit geringerem Bildungsabschluss befinden, sind es

in Haushalten unter 780 Euro 53,3%. In Haushalten mit Einkommen unter 1400 Euro leben 80% aller Personen mit geringerer Bildung.

Tab. 9: Kreuztabelle: **Alter und Haushaltseinkommen**

	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>242-1024 €</i>	38	51,4	36	48,6	74	100
<i>1025-5533 €</i>	34	45,9	40	54,1	74	100
Gesamt	72	48,6	76	54,4	148	100

Chi-Square (Pearson) =0,344; df=1; p= 0,511

Das Alter verteilt sich gleichmäßig auf obere und untere Einkommen. Es ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und Einkommen ($p = 0,511$). 51,4% der Jüngeren verfügen über ein Haushaltseinkommen zwischen 242 und 1024 Euro, aber auch 48,6% der Älteren. Bei den oberen Einkommen ist der Anteil 45,9% und 54,1%.

Tab. 10: Kreuztabelle: **Kinder im Haushalt und Geschlecht**

	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>Keine Kinder</i>	51	51	49	49	100	100
<i>Kinder</i>	36	75	12	25	48	100
Gesamt	87	58,8	61	41,2	148	100

Chi-Square (Pearson) =7,710; df=1; p=,005

48 aller Befragten leben mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern im gemeinsamen Haushalt. Das sind 32,4% der Gesamtstichprobe. Mit dem Geschlecht ergibt sich erwartungsgemäß ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,005$). Frauen finden sich in 75% aller Haushalte mit Kindern, Männer nur in 25%.

Nach dem soziökonomischen Status unterteilt sich die Stichprobe in 11 Personen der obersten A-Schicht (7,6%), 26 der B-Schicht (17,9%), 41 der mittleren C-Schicht (28,3%), 39 der D-Schicht (26,9%) und 28 Personen in der untersten E-Schicht (19,3%). Die Wohnsituation wurde mit 13 Befragten in Substandard, 35 mit Eigentum und 97 in "Mietverhältnissen dazwischen" erfasst. Die Voraussetzungen für einen Signifikanztest

sind nicht gegeben. Es zeigen sich aber interessante Unterschiede zwischen der Wohnsituation und dem sozialen Status. Während Personen der E-Schicht in 69,2% und der D-Schicht in 23,1% aller Substandard-Haushalte leben, findet sich aus A- und B-Schicht niemand in Substandard, dafür mit 22,9% und 37,1% ein größerer Teil in Eigentumsverhältnissen.

Tab. 11: Zusammensetzung der Stichprobe: **Wohnen und sozialer Status**

	<i>Substandard</i>		<i>„Normale“</i> <i>Miete</i>		<i>Eigentum</i>		<i>Gesamt</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>A-Schicht</i>	0	0	3	3,1	8	22,9	11
<i>B-Schicht</i>	0	0	13	13,4	13	37,1	26
<i>C-Schicht</i>	1	7,7	30	30,9	10	28,6	41
<i>D-Schicht</i>	3	23,1	32	33	4	11,4	39
<i>E-Schicht</i>	9	69,2	19	19,6	0	0	28
<i>Gesamt</i>	13	100	97	100	35	100	148

2.4. Auswertungsmethoden

Das erhobene Datenmaterial wurde mittels PC und dem Statistikprogramm „SPSS für Windows“ ausgewertet.

Dabei kamen folgende statistische Verfahren zur Anwendung:

- Mehrfaktorielle Anova: Die Varianzanalyse stellt den Anteil bzw. das Gewicht des Einflusses einer oder mehrerer unabhängiger Variablen auf das abhängige Merkmal fest. Wenn mehrere abhängige und unabhängige Variablen in die Analyse einbezogen werden, spricht man von multivariaten Verfahren. Als unabhängige Variablen dienten Armut bzw. sozialer Status und andere Sozialdaten (kategoriale Daten), als abhängige Variablen die Skalen des TICS, SVF-120, SOC und FBL-R (metrische Daten).
- Multiple Regressionsanalyse: Die Beschreibung der Art der Beziehung und der Richtung erfolgt durch die Regressionsanalyse. Sie zeigt, ob ein Zusammenhang

zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen besteht. Unabhängige Variablen waren die Skala „Chronischer Stress“ des TICS bzw. Skalen des SVF-120 und des SOC (metrische Daten), abhängige Variablen waren die Skalen des FBL-R (metrische Daten).

- Univariate Regressionsanalyse: Die unabhängige Variable bildet die Stress-Skala des TICS (metrische Daten), die abhängige Variable die Skalen des FBL-R (metrische Daten).

- Hierarchische Clusteranalyse: „Die Clusteranalyse reduziert die Komplexität eines Datensatzes durch Zusammenfassen von Objekten zu Gruppen, den sogenannten Clustern. Angestrebt wird, dass die Gruppen entsprechend ihrer Merkmalsausprägungen in sich möglichst homogen und untereinander möglichst heterogen sind“ (Universität St.Gallen & Universität Basel, 2007). Die Objekte werden in Gruppen eingeteilt, indem sie eine hierarchische Verknüpfung von Obergruppen und Untergruppen bilden. Die dreizehn chronischen Krankheitsgruppen von Stoffwechselerkrankungen bis Schlafstörungen wurden einer hierarchischen Clusteranalyse unterzogen. Als Distanzmaß wurden die quadratischen euklidischen Abstände verwendet, als Fusionsinstrument die Ward-Methode herangezogen (vgl. Bortz, 2005).

- Diskriminanzanalyse: Als multivariates Verfahren ist die Diskriminanzanalyse eine Methode zur Untersuchung von Gruppenunterschieden. „Mit dieser Analysemethode wird die Unterschiedlichkeit von zwei oder mehreren Gruppen hinsichtlich ihrer Merkmale untersucht“ (Fäs, 2008). Zwei Fragen stehen im Mittelpunkt: Unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich ihrer Merkmale signifikant voneinander? Und: Welche Merkmale sind zur Unterscheidung zwischen den Gruppen geeignet bzw. ungeeignet? (vgl. Bortz, 2005; Fäs, 2008). Unabhängige Variablen waren die Skalen des TICS, des SVF-120 und des SOC (metrische Daten), abhängige Variablen die Morbiditätscluster (kategoriale Daten).

- Weiters wurden Kreuztabellen erstellt, die mit Hilfe von Chi-Quadrat Tests auf Signifikanz geprüft wurden. Als Prüfgröße diente das Pearson'sche Chi-Quadrat.

Die unabhängige Variablen bildeten Armut bzw. sozialer Status und andere Sozialdaten (kategoriale Daten), die abhängigen Variablen die beiden Morbiditätscluster (kategoriale Daten).

Die Signifikanzprüfungen der vorliegenden Untersuchung beruhen alle auf dem 5%-Niveau. Statistisch signifikante Unterschiede werden im Text als „signifikant“ ($p < 0,05$) und „hoch signifikant“ ($p < 0,001$) bezeichnet.

3. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

3.1. Darstellung der Ergebnisse

3.1.1. Chronische Stressbelastung und soziale Ungleichheit

Die erste Analyse galt der Frage, wie sich soziale Ungleichheit auf chronische Stressbelastung auswirkt. Untersucht wurde der Einfluss der unabhängigen Variablen „sozialer Status“, „Armut“, „Geschlecht“, „Alter“, „Schulden“ und „Arbeitslosigkeit“ auf die abhängigen Variablen „chronischer Stress“ (TICS) „chronische Besorgnis“ (TICS), „Allgemeinbefinden“ (FBL-R), „subjektives Stressgefühl“ (FBL-R), „Müdigkeit, Mattheit“ (FBL-R) und Schlaf: „Einschlafen“, „Durchschlafen“ (FBL-R).

Diese Fragestellung wurde mittels einer sechsfaktoriellen ANOVA geprüft.

Tab. 12: Deskriptivstatistik: Skala „Chronischer Stress“ (TICS)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	14,83	7,79	15,11	6,61	19,80	9,12	21,73	7,85	20,35	8,55
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	22,30	7,57	24,07	9,23	14,65	6,39				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	19,47	8,36	18,97	8,59						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	20,67	8,83	17,13	7,46						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	17,96	8,18	24,57	7,59						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	18,04	8,54	22,06	7,60						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 13: Effekte der ANOVA: Skala „Chronischer Stress“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	230,32	4	57,58	1,11	,353
Armut	1294,52	2	647,26	12,51	<,001
Alter	2,67	1	2,67	0,05	,820
Geschlecht	268,74	1	268,74	5,19	,024
Schulden	336,45	1	336,45	6,50	,012
Arbeitslosigkeit	29,10	1	29,10	0,56	,455

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armut hat einen hoch signifikanten Einfluss auf chronischen Stress ($p < 0,001$). Die Mittelwerte von akut Armen (MW 22,30) und Armutsgefährden (MW 24,07) auf der Skala „chronischer Stress“ sind höher als der Mittelwert der Nicht-Armen (MW 14,65). Armutsbetroffene erleben mehr chronischen Stress als Nicht-Arme. Frauen erleben mehr chronischen Stress als Männer. Die abhängige Variable „Chronischer Stress“ differenziert signifikant ($p = 0,24$) nach dem Geschlecht. Der Mittelwert der Frauen beträgt 20,67 und der Männer 17,13. Wer Schulden hat, hat auch mehr Stress. Personen mit Schulden haben signifikant ($p = 0,012$) höheren chronischen Stress (MW 24,57) als Personen ohne Schulden (MW 17,96).

Der soziale Status zeigt keinen signifikanten Einfluss ($p = 0,353$). Die Stress-Mittelwerte der oberen A-Schicht liegen aber doch mit 14,83 sichtbar niedriger als der Mittelwert der unteren E-Schicht (MW 20,35). Die Variablen „Alter“ und „Arbeitslosigkeit“ weisen keine signifikanten Effekte auf die Variable „chronischer Stress“ auf ($p = 0,820$ und $p = 0,455$).

Tab. 14: Deskriptivstatistik: Skala „**Chronische Besorgnis**“ (TICS)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	5,08	2,93	5,30	2,90	7,36	3,85	9,34	3,75	9,46	3,77
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	9,72	3,43	9,77	3,89	5,30	2,85				
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	8,37	3,96	6,88	3,76						
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	8,01	4,06	7,52	3,83						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	7,33	3,94	9,60	3,41						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	6,79	3,67	10,1	3,56						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 15: Effekte der ANOVA: Skala „**Chronische Besorgnis**“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	29,44	4	7,36	0,69	,600
Armut	207,63	2	103,81	9,73	<,001
Alter	2,91	1	2,91	0,27	,602
Geschlecht	50,39	1	50,39	4,72	,031
Schulden	1,44	1	1,44	0,13	,714
Arbeitslosigkeit	10,85	1	10,85	1,01	,315

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Menschen in akuter Armut wie auch mit Armutsgefährdung machen sich im Vergleich zur Normalbevölkerung übermäßig viele Sorgen. Personen in Armut unterscheiden sich in „Chronischer Besorgnis“ hoch signifikant von Personen, die weder von akuter Armut betroffen noch armutsgefährdet sind ($p < 0,001$). Die Mittelwerte der Besorgnisskala bei „akuter Armut“ und „Armutsgefährdung“ sind mit 9,72 und 9,77 nahe, bei der Normalbevölkerung mit 5,30 deutlich niedriger. Der soziale Status in seinen fünf sozioökonomischen Schichten zeigt in Bezug auf chronische Besorgnis keine Signifikanzen auf.

Eine weitere Signifikanz liegt nach dem Geschlecht vor ($p = 0,031$). Frauen weisen höhere chronische Besorgnis auf als Männer (MW 8,37 zu MW 6,88). Bei Alter, Schulden und Arbeitslosigkeit sind keine signifikanten Unterschiede in Besorgnis aufgetreten.

Tab. 16: Deskriptivstatistik: Item „Stressgefühl“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	2,91	0,90	2,76	0,90	3,26	1,04	2,82	1,02	2,85	1,35
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	3,12	1,23	3,29	0,99	2,66	0,90				
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	3,00	1,08	2,88	1,07						
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	3,02	1,08	2,88	1,07						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	2,87	1,09	3,28	0,93						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	2,97	1,04	2,90	1,17						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 17: Effekte der ANOVA: Item „Stressgefühl“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	13,13	4	3,28	3,23	,014
Armut	18,96	2	9,48	9,32	<,001
Alter	0,39	1	0,39	0,39	,532
Geschlecht	0,05	1	0,05	0,05	,818
Schulden	0,86	1	0,86	0,84	,359
Arbeitslosigkeit	3,60	1	3,60	3,54	,062

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armutsbetroffene haben stärker das Gefühl im Stress zu sein als die Restbevölkerung. Sie unterscheiden sich sehr signifikant ($p < 0,001$) im Stressgefühl von Nicht-Armen. Armutsgefährdete weisen mit einem Mittelwert von 3,29 ein höheres Stressgefühl auf als akut Arme (MW 3,12). Signifikante Werte ergab auch der soziale Status mit einem p von 0,014. Die C-Schicht in der Mitte weist dabei das höchste Stressgefühl auf (MW 3,26), gefolgt von der obersten A-Schicht (MW 2,91) und der untersten E-Schicht (MW 2,85). Es gibt keinen Gradienten von der niedrigsten zur höchsten Schicht. Alter, Geschlecht, Schulden und Arbeitslosigkeit zeigen keine signifikanten Unterschiede beim Gefühl, im Stress zu sein. Zwischen Erwerbslosen und JobinhaberInnen ergibt sich aber ein p-Wert ($p = 0,062$), der nahe an der Signifikanz von 0,05 liegt.

Tab. 18: Deskriptivstatistik: Skala „Allgemeinbefinden“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	18,41	4,69	17,07	4,56	20,82	4,44	20,58	4,88	23,28	7,07
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	22,60	5,82	22,03	5,04	17,83	4,24				
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	22,01	5,36	18,03	4,81						
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	21,13	5,89	19,64	5,01						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	19,76	5,10	22,96	6,37						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	19,83	5,17	21,67	6,06						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 19: Effekte der ANOVA: Skala „Allgemeinbefinden“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	90,93	4	22,73	1,05	,381
Armut	304,64	2	152,32	7,07	,001
Alter	38,06	1	38,06	1,76	,186
Geschlecht	442,23	1	442,23	20,54	<,001
Schulden	6,51	1	6,51	0,30	,583
Arbeitslosigkeit	45,87	1	45,87	2,13	,147

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Ein beeinträchtigt Allgemeines Befinden mit Stress und Gesundheits Sorgen tritt bei Armutsbetroffenen signifikant stärker auf als in der Restbevölkerung ($p = 0,001$). Die Mittelwerte der Skala Allgemeinbefinden liegen bei akuter Armut (MW 22,60) und Armutsgefährdung (MW 22,03) näher beieinander als bei der Normalbevölkerung (MW 17,83). Weiters zeigen sich Effekte zwischen Frauen und Männer. Die Variable Geschlecht hat einen hoch signifikanten Einfluss auf das Allgemeinbefinden ($p < 0,001$). Frauen äußern ein stärker beeinträchtigt körperliches Allgemeinbefinden mit Stressgefühl und Sorgen um die eigene Gesundheit (MW Frauen 22,01; MW Männer 18,03).

Für den sozialen Status ergibt sich kein signifikanter Einfluss ($p = 0,381$), die Mittelwerte der obersten A-Schicht (MW 18,41) und der untersten E-Schicht (MW 23,28) liegen aber sichtbar auseinander. Alter, Schulden und Arbeitslosigkeit zeigen keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 20: Deskriptivstatistik: Skala „**Müdigkeit, Mattheit**“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	A-Schicht		B-Schicht		C-Schicht		D-Schicht		E-Schicht	
Sozialer Status	14,00	5,04	14,50	6,02	17,51	4,76	21,14	6,26	23,39	8,08
	Akute Armut		Arm.gefährd.		Normalbevölk.					
Armut	23,25	6,79	20,88	5,43	14,27	4,39				
	Frauen		Männer							
Geschlecht	19,81	6,76	18,47	6,98						
	19-39 Jahre		40-60 Jahre							
Alter	19,18	7,01	18,47	6,88						
	Keine Schulden		Schulden							
Schulden	17,92	6,69	22,64	6,76						
	nicht Arbeitsl.		Arbeitslos							
Arbeitslosigkeit	16,97	6,22	23,32	6,56						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 21: Effekte der ANOVA: Skala „**Müdigkeit, Mattheit**“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	52,65	4	13,16	0,42	,791
Armut	645,04	2	322,51	10,38	<,001
Alter	6,27	1	6,27	0,20	,654
Geschlecht	163,21	1	163,21	5,23	,023
Schulden	0,28	1	0,02	0,00	,976
Arbeitslosigkeit	14,79	1	14,79	0,47	,491

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Müdigkeit und Ermattung treten bei Armutsbetroffenen signifikant stärker auf als bei der Restbevölkerung ($p < 0,001$). Sowohl akut Arme als auch Armutsgefährdete unterscheiden sich mit ihren Mittelwerten (MW 23,25 und 20,88) von der Restbevölkerung (MW 14,27).

Der soziale Status weist keine Signifikanz auf. Die Mittelwerte der obersten A-Schicht (MW 14,00) und der untersten E-Schicht (MW 23,39) liegen aber sichtbar auseinander.

Die unabhängige Variable „Geschlecht“ hat einen signifikanten Einfluss auf Müdigkeit und Mattheit ($p = 0,023$). Frauen fühlen sich müder und matter als Männer (MW Frauen 19,81; MW Männer 18,47).

Alter, Schulden und Arbeitslosigkeit zeigen keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 22: Deskriptivstatistik: Item „Einschlafschwierigkeiten“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	A-Schicht		B-Schicht		C-Schicht		D-Schicht		E-Schicht	
Sozialer Status	2,00	1,51	2,15	1,31	2,31	1,27	2,75	1,62	3,75	1,45
	Akute Armut		Arm.gefährd.		Normalbevölk.					
Armut	3,38	1,56	2,88	1,42	1,95	1,18				
	Frauen		Männer							
Geschlecht	2,86	1,56	2,36	1,41						
	19-39 Jahre		40-60 Jahre							
Alter	2,59	1,42	2,71	1,61						
	Keine Schulden		Schulden							
Schulden	2,55	1,50	3,07	1,53						
	nicht Arbeitsl.		Arbeitslos							
Arbeitslosigkeit	2,34	1,40	3,41	1,53						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 23: Effekte der ANOVA: Item „Einschlafschwierigkeiten“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	9,41	4	2,35	1,27	,285
Armut	15,34	2	7,67	4,13	,018
Alter	1,20	1	1,20	0,65	,421
Geschlecht	7,58	1	7,58	4,09	,045
Schulden	1,88	1	1,88	1,01	,315
Arbeitslosigkeit	1,60	1	1,60	0,86	,354

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armutsbetroffene haben signifikant öfter Einschlafschwierigkeiten als die Normalbevölkerung ($p = 0,018$). Der Mittelwert des Items „Einschlafschwierigkeiten“ beträgt bei akut Armen 3,38, bei Armutsgefährdeten 2,88 und bei der Normalbevölkerung 1,95. Der soziale Status mit seinen fünf sozioökonomischen Schichtungen hat keinen signifikanten Einfluss auf die Schwierigkeit einzuschlafen. Die Mittelwert der unteren E-Schicht liegt bei 3,75, der oberen A-Schicht bei 2,00.

Der Einfluss der Variable Geschlecht auf die Schwierigkeit am Abend einzuschlafen ist signifikant. Frauen haben höhere Einschlafschwierigkeiten als Männer.

Die Einschlafschwierigkeiten nach den unabhängigen Variablen Alter, Schulden und Arbeitslosigkeit unterscheiden nicht signifikant.

Tab. 24: Deskriptivstatistik: Item „Durchschlafschwierigkeit“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	A-Schicht		B-Schicht		C-Schicht		D-Schicht		E-Schicht	
Sozialer Status	2,00	1,20	2,15	1,40	2,34	1,42	3,60	1,51	3,39	1,47
	Akute Armut		Arm.gefährd.		Normalbevölk.					
Armut	3,67	1,41	2,92	1,43	2,09	1,37				
	Frauen		Männer							
Geschlecht	2,94	1,57	2,67	1,55						
	19-39 Jahre		40-60 Jahre							
Alter	2,81	1,49	2,84	1,64						
	Keine Schulden		Schulden							
Schulden	2,67	1,56	3,50	1,40						
	nicht Arbeitsl.		Arbeitslos							
Arbeitslosigkeit	2,48	1,46	3,67	1,50						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 25: Effekte der ANOVA: Item „Durchschlafschwierigkeit“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	14,12	4	3,53	1,81	,129
Armut	17,34	2	8,67	4,45	,013
Alter	3,28	1	3,28	0,00	,997
Geschlecht	4,71	1	4,71	2,42	,122
Schulden	0,13	1	0,13	0,07	,789
Arbeitslosigkeit	0,15	1	0,15	0,08	,778

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Menschen in Armut können im Vergleich zur Normalbevölkerung schlechter durchschlafen. Personen in Armut unterscheiden sich signifikant bei Durchschlafschwierigkeiten von Personen, die nicht arm sind ($p = 0,013$). Die Mittelwerte des Items „Durchschlafschwierigkeiten“ betragen bei „akuter Armut“ 3,67, bei Armutsgefährdeten 2,92 und bei der Normalbevölkerung 2,09. Je ärmer, desto mehr Schwierigkeiten, durchzuschlafen.

Keine Signifikanzen ergaben sich beim sozialen Status, dem Alter, Geschlecht, Schulden und Arbeitslosigkeit. Beim sozialen Status liegen die Mittelwerte der unteren D-Schicht bei 3,60 und der obersten A-Schicht bei 2,00.

3.1.2. Stressverarbeitung und soziale Ungleichheit

Die zweite Frage galt der Stressverarbeitung: wie wirkt sich soziale Ungleichheit auf unterschiedliche Stressverarbeitungsstrategien aus. Untersucht wurde der Einfluss der unabhängigen Variablen „sozialer Status“, „Armut“, „Geschlecht“, „Alter“, „Schulden“ und „Arbeitslosigkeit“ auf die abhängigen Variablen der Stressverarbeitung:

- „Positivstrategien“ (SVF) und „Negativstrategien“ (SVF)
- weiters auf Variablen der Kontrollierbarkeit im Stressgeschehen: „Situationskontrolle“ (SVF), „Reaktionskontrolle“ (SVF) „positive Selbstinstruktion“ (SVF)
- und den „Kohärenzsinn“ (SOC).
- Variablen von social Support: „soziale Isolation“ (TICS), „soziales Unterstützungsbedürfnis“ (SVF), „soziale Abkapselung“ (SVF),
- auf Resignation und „Hilflosigkeit“ (SVF)
- und Bedrohungen von Ansehen und Status: „Mangel an sozialer Anerkennung“ (TICS), „Überforderung“ (TICS) und „Erfolgsdruck“ (TICS).

Diese Fragestellung wurde mittels sechsfaktorieller ANOVA geprüft.

Tab. 26: Deskriptivstatistik: Skala „**Positivstrategien: stressreduzierend**“ (SVF-120)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	A-Schicht		B-Schicht		C-Schicht		D-Schicht		E-Schicht	
Sozialer Status	10,52	1,38	10,27	2,27	10,94	1,79	11,44	2,80	10,86	2,75
	Akute Armut		Arm.gefährd.		Normalbevölk.					
Armut	11,21	2,71	10,05	1,88	11,02	2,17				
	Frauen		Männer							
Geschlecht	10,99	2,30	10,80	2,46						
	19-39 Jahre		40-60 Jahre							
Alter	10,16	2,33	11,62	2,18						
	Keine Schulden		Schulden							
Schulden	10,95	2,44	10,77	2,03						
	nicht Arbeitsl.		Arbeitslos							
Arbeitslosigkeit	10,68	2,30	11,49	2,45						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 27: Effekte der ANOVA: Skala „**Positivstrategien: stressreduzierend**“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	24,45	4	6,11	1,23	,298
Armut	35,81	2	17,90	3,62	,029
Alter	55,93	1	55,93	11,32	<,001
Geschlecht	7,36	1	7,36	1,49	,224
Schulden	4,23	1	4,23	0,85	,356
Arbeitslosigkeit	8,65	1	8,65	1,75	,188

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armut hat einen signifikanten Einfluss auf die positive Stressverarbeitung ($p = 0,029$). Akut Arme (MW 11,21) wenden mehr Positivstrategien an als Armutsgefährdete (MW 10,05), aber auch der Mittelwert der Normalbevölkerung (MW 11,02) liegt unter dem der akut Armen. Nach dem sozialen Status unterscheiden sich die befragten Personen in ihren stressreduzierenden Strategien hingegen nicht ($p = 0,298$).

Ältere ergreifen sehr signifikant mehr stressreduzierende Strategien als Jüngere ($p < 0,001$). Der Mittelwert der 19 bis 39-Jährigen beträgt 10,16, der der 40 bis 60-Jährigen 11,62.

Bei Schulden, Geschlecht und Arbeitslosigkeit sind keine signifikanten Unterschiede bei Positivstrategien zur Stressverarbeitung aufgetreten.

Tab. 28: Deskriptivstatistik: Skala „Negativstrategien: stressvermehrend“ (SVF-120)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	A-Schicht		B-Schicht		C-Schicht		D-Schicht		E-Schicht	
Sozialer Status	8,15	1,34	7,50	2,37	8,86	3,75	10,06	3,29	9,44	4,17
	Akute Armut		Arm.gefährd.		Normalbevölk.					
Armut	10,00	3,79	10,89	3,01	7,40	2,5				
	Frauen		Männer							
Geschlecht	9,38	3,60	8,47	3,16						
	19-39 Jahre		40-60 Jahre							
Alter	9,65	3,83	8,39	2,93						
	Keine Schulden		Schulden							
Schulden	8,75	3,31	10,10	3,84						
	nicht Arbeitsl.		Arbeitslos							
Arbeitslosigkeit	8,71	3,38	9,71	3,55						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 29: Effekte der ANOVA: Skala „Negativstrategien: stressvermehrend“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	51,36	4	12,84	1,34	,258
Armut	212,77	2	106,38	11,10	<,001
Alter	41,57	1	41,57	4,33	,039
Geschlecht	15,52	1	15,52	1,62	,205
Schulden	0,47	1	,47	0,04	,825
Arbeitslosigkeit	21,45	1	21,45	2,23	,137

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armutsbetroffene ergreifen hoch signifikant mehr Negativstrategien zur Stressverarbeitung als die Restbevölkerung ($p < 0,001$). Diese stressvermehrenden Strategien treten bei Amutsgefährdeten (MW 10,89) und akut Armen (MW 10,00) am stärksten, weniger bei der Normalbevölkerung (MW 7,40) auf.

Auch das Alter hat einen signifikanten Einfluss ($p = 0,039$) auf das Ergreifen von Negativstrategien. Die Jüngeren (MW 9,65) wenden stärker Negativstrategien in Stresssituationen an als Ältere (MW 8,39).

Die Variablen „Sozialer Status“ ($p = 0,258$), „Geschlecht“ ($p = 0,205$), „Schulden“ ($p = 0,825$) und „Arbeitslosigkeit“ ($p = 0,137$) bewirken keine signifikanten Effekte auf die negative Stressverarbeitung.

Tab. 30: Deskriptivstatistik: Skala „Situationskontrolle“ (SVF-120)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	A-Schicht		B-Schicht		C-Schicht		D-Schicht		E-Schicht	
Sozialer Status	14,16	2,82	13,61	3,23	14,41	3,55	14,12	3,57	12,17	4,35
	Akute Armut		Arm.gefähd.		Normalbevölk.					
Armut	13,54	4,29	13,37	3,63	14,07	3,08				
	Frauen		Männer							
Geschlecht	13,66	3,75	13,86	3,55						
	19-39 Jahre		40-60 Jahre							
Alter	12,98	3,88	14,47	3,30						
	Keine Schulden		Schulden							
Schulden	13,83	3,42	13,39	4,62						
	nicht Arbeitsl.		Arbeitslos							
Arbeitslosigkeit	13,49	3,38	14,37	4,24						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 31: Effekte der ANOVA: Skala „Situationskontrolle“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	87,12	4	21,78	1,72	,149
Armut	15,04	2	7,52	0,59	,553
Alter	43,76	1	43,76	3,45	,065
Geschlecht	0,07	1	0,07	0,00	,937
Schulden	0,30	1	0,30	0,02	,877
Arbeitslosigkeit	60,38	1	60,38	4,77	,031

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Die Stressverarbeitungsstrategie „Situationskontrolle“ setzen Arbeitslose signifikant stärker ein als Erwerbstätige ($p = 0,031$). Der Mittelwert bei Personen ohne Job beträgt 14,37, bei Jobinhabern 13,49.

Mit einem p von 0,065 hat das Alter keinen signifikanten Einfluss, liegt aber nahe der Signifikanzgrenze von 0,05. Die Situation zu analysieren und Handlungen zur Kontrolle zu planen, findet sich bei Älteren mit einem Mittelwert von 14,47, bei Jüngeren mit 12,98.

Armutsbetroffene unterscheiden sich nicht signifikant in Situationskontrolle von der Normalbevölkerung ($p = 0,553$). Ebenso zeigt der soziale Status keine signifikanten Effekte ($p = 0,149$). Das gleiche gilt für die unabhängigen Variablen „Geschlecht“ ($p = 0,937$) und „Schulden“ ($p = 0,877$).

Tab. 32: Deskriptivstatistik: Skala „Reaktionskontrolle“ (SVF-120)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	A-Schicht		B-Schicht		C-Schicht		D-Schicht		E-Schicht	
Sozialer Status	11,75	3,51	10,61	2,91	13,31	2,45	13,17	3,80	12,57	3,37
	Akute Armut		Arm.gefährd.		Normalbevölk.					
Armut	13,00	3,71	12,11	2,69	12,31	3,20				
	Frauen		Männer							
Geschlecht	12,51	3,29	12,55	3,38						
	19-39 Jahre		40-60 Jahre							
Alter	11,79	3,12	13,23	3,36						
	Keine Schulden		Schulden							
Schulden	12,58	3,36	12,32	3,17						
	nicht Arbeitsl.		Arbeitslos							
Arbeitslosigkeit	12,26	3,24	13,18	3,44						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 33: Effekte der ANOVA: Skala „Reaktionskontrolle“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	134,16	4	33,54	3,34	,012
Armut	19,41	2	9,70	0,96	,382
Alter	53,03	1	53,03	5,29	,023
Geschlecht	0,01	1	0,01	0,00	,968
Schulden	12,36	1	12,36	1,23	,268
Arbeitslosigkeit	2,10	1	2,10	0,21	,647

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

„Reaktionskontrolle“ als Strategie der Stressverarbeitung tritt am stärksten in der mittleren C-Schicht (MW 13,31) und der unteren D-Schicht (MW 13,17) auf, am geringsten in den obersten B- und A-Schichten (MW 10,61; MW 11,75). Die Stressverarbeitung, die eigene Reaktion unter Kontrolle zu bringen, unterscheidet sich signifikant nach dem sozialen Status ($p = 0,012$). Armut hat keinen signifikanten Einfluss ($p = 0,382$).

Ältere (MW 13,26) ergreifen die Strategie Reaktionskontrolle öfter als Jüngere (MW 11,79). Die Variable Alter zeigt einen signifikanten Effekt auf die Strategie der Reaktionskontrolle ($p = 0,023$).

Die unabhängigen Variablen „Geschlecht“, „Schulden“ und „Arbeitslosigkeit“ unterscheiden sich nicht signifikant in der Stressverarbeitungsstrategie „Reaktionskontrolle“.

Tab. 34: Deskriptivstatistik: Skala „Positive Selbstinstruktion“ (SVF-120)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	A-Schicht		B-Schicht		C-Schicht		D-Schicht		E-Schicht	
Sozialer Status	14,01	3,91	14,58	1,72	14,12	3,84	14,56	4,06	13,35	4,7
	Akute Armut		Arm.gefährd.		Normalbevölk.					
Armut	14,00	4,69	12,51	3,44	14,63	3,20				
	Frauen		Männer							
Geschlecht	14,20	3,86	13,73	3,99						
	19-39 Jahre		40-60 Jahre							
Alter	12,87	4,04	15,09	3,48						
	Keine Schulden		Schulden							
Schulden	14,02	3,80	13,96	4,42						
	nicht Arbeitsl.		Arbeitslos							
Arbeitslosigkeit	13,78	3,83	14,01	3,91						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 35: Effekte der ANOVA: Skala „Positive Selbstinstruktion“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	35,76	4	8,94	0,64	,630
Armut	125,22	2	62,61	4,53	,012
Alter	125,62	1	125,62	9,09	,003
Geschlecht	30,38	1	30,38	2,19	,140
Schulden	0,48	1	0,48	0,03	,852
Arbeitslosigkeit	37,23	1	37,23	2,69	,103

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Akut Arme wie auch die Normalbevölkerung unterscheiden sich in der Verarbeitungsstrategie, sich selbst Kompetenz und Kontrollvermögen zuzusprechen, signifikant von den Armutsgefährdeten ($p = 0,012$). Der Mittelwert der akut Armen beträgt 14,00, der Normalbevölkerung 14,63 und der Armutsgefährdeten 12,51. Positive Selbstinstruktion ist bei den Armutsgefährdeten niedriger als bei akut Armen und der Normalbevölkerung. Der soziale Status hingegen hat keinen signifikanten Einfluss.

Ältere wenden in einem sehr signifikant höheren Ausmaß positive Selbstinstruktion an als Jüngere ($p = 0,003$). Die 19 bis 39-Jährigen weisen einen Mittelwert von 12,87 auf, die 40 bis 60-Jährigen einen Mittelwert von 15,09.

Geschlecht, Schulden und Arbeitslosigkeit zeigen keinen signifikanten Einfluss auf die Stressverarbeitungsstrategie „positive Selbstinstruktion“.

Tab. 36: Deskriptivstatistik: Skala „Kohärenzsinn“ (SOC)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	66,66	8,21	70,42	9,55	61,95	12,65	53,22	11,34	51,25	11,60
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	51,51	11,61	53,59	11,21	68,27	9,31				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	57,87	13,64	60,90	12,72						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	58,67	13,26	60,50	13,20						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	61,19	13,52	51,55	8,12						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	62,84	12,22	50,85	11,76						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 37: Effekte der ANOVA: Skala „Kohärenzsinn (SOC)“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	1151,68	4	287,92	2,69	,034
Armut	2267,49	2	1133,74	10,61	<,001
Alter	193,43	1	193,43	1,81	,181
Geschlecht	14,35	1	14,35	0,13	,714
Schulden	61,48	1	61,48	0,57	,449
Arbeitslosigkeit	35,31	1	35,31	0,33	,566

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Die unabhängige Variable „sozialer Status“ hat einen signifikant Einfluss auf die abhängige Variable „Kohärenzsinn“ ($p = 0,034$). Den höchsten Kohärenzsinn zeigt die obere B-Schicht (MW 70,42), gefolgt von der A-Schicht (MW 66,66) und der mittleren C-Schicht (MW 61,95); die geringsten Werte finden sich in der unteren D- und E-Schicht (53,22 und 51,25).

Armutsbetroffene weisen einen geringeren Kohärenzsinn auf als Nicht-Arme. Der Einfluss von Armut auf Kohärenz ist mit einem p von $<0,001$ hoch signifikant. Der Mittelwert der akut Armen (MW 51,51) ist am geringsten, gefolgt von den Armutsgefährdeten (MW 53,59). Die Nicht-Armen liegen mit ihrem Kohärenzgefühl-Mittelwert bereits bei 68,27.

Die unabhängige Variable „Alter“ ($p = 0,181$), „Geschlecht“ ($p = 0,714$), „Schulden“ ($p = 0,449$) und „Arbeitslosigkeit“ ($p = 0,556$) können die Unterschiede in der abhängigen Variable „Kohärenzsinn“ nicht signifikant erklären.

Tab. 38: Deskriptivstatistik: Skala „Soziale Isolation“ (TICS)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	A-Schicht		B-Schicht		C-Schicht		D-Schicht		E-Schicht	
Sozialer Status	3,41	2,02	5,38	5,6	7,90	5,62	11,29	6,11	11,57	5,36
	Akute Armut		Arm.gefährd.		Normalbevölk.					
Armut	12,25	5,57	11,00	6,39	4,86	3,87				
	Frauen		Männer							
Geschlecht	8,75	6,32	8,68	5,89						
	19-39 Jahre		40-60 Jahre							
Alter	9,04	6,62	8,43	5,64						
	Keine Schulden		Schulden							
Schulden	8,10	6,31	11,39	4,48						
	nicht Arbeitsl.		Arbeitslos							
Arbeitslosigkeit	7,22	5,61	12,39	5,84						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 39: Effekte der ANOVA: Skala „Soziale Isolation“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	79,87	4	0,75	0,75	,555
Armut	563,42	2	10,68	10,68	<,001
Alter	6,62	1	0,25	0,25	,617
Geschlecht	2,78	1	0,10	0,10	,746
Schulden	3,66	1	0,13	0,13	,710
Arbeitslosigkeit	3,93	1	0,14	0,14	,700

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Akut Arme und Armutsgefährdete sind signifikant häufiger von sozialer Isolation betroffen als die Restbevölkerung ($p < 0,001$). Der Mittelwert der akut Armen (MW 12,25) und der Armutsgefährdeten (MW 11,00) in der Variablen „soziale Isolation“ liegt deutlich über dem der Restbevölkerung (MW 4,86). Der soziale Status weist keinen signifikanten Wert auf ($p = 0,555$). Die oberste A-Schicht mit einem Mittelwert von 3,41 und die unterste E-Schicht mit 11,57 zeigen aber eine große Differenz. Die Mittelwerte von der obersten zur untersten sozioökonomischen Schicht steigen graduell an.

Die unabhängigen Variablen „Alter“, „Geschlecht“, „Schulden“ und „Arbeitslosigkeit“ haben keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „soziale Isolation“.

Tab. 40: Deskriptivstatistik: Skala „**Soziales Unterstützungsbedürfnis**“ (SVF-120)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	11,83	4,68	12,30	3,98	11,78	4,26	10,97	4,69	10,85	4,59
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	10,70	4,52	12,07	4,21	11,87	4,36				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	11,52	4,37	11,43	4,47						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	12,02	4,66	10,70	3,92						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	11,69	4,47	10,57	4,06						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	11,70	4,18	10,93	4,92						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 41: Effekte der ANOVA: Skala „**Soziales Unterstützungsbedürfnis**“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	13,62	4	3,40	0,17	,953
Armut	3,45	2	1,72	0,08	,917
Alter	0,00	1	0,00	0,00	,994
Geschlecht	54,23	1	54,23	2,71	,102
Schulden	4,07	1	4,07	0,20	,652
Arbeitslosigkeit	0,36	1	0,36	0,01	,893

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Der soziale Status zeigt keinen signifikanten Einfluss auf das Bedürfnis, soziale Unterstützung und Hilfe zu suchen ($p = 0,953$). Auch Arme und Nicht-Arme unterscheiden sich nicht signifikant ($p = 0,917$) in der Stressverarbeitungsstrategie „soziales Unterstützungsbedürfnis“. Der Mittelwert in Unterstützungsbedürfnis von akut Armen liegt bei 10,70, von Armutsgefährdeten bei 12,07 und von der Normalbevölkerung mit 11,87.

Die unabhängige Variabel „Alter“ weist keine signifikanten Effekte auf die abhängige Variabel „soziales Unterstützungsbedürfnis“ auf ($p = 0,994$). Weiters unterscheiden sich auch Männer und Frauen nicht signifikant in dieser Stressverarbeitungsstrategie ($p = 0,102$). Und Schulden ($p = 0,652$) wie Arbeitslosigkeit ($p = 0,893$) zeigen keinen signifikanten Einfluss auf „soziales Unterstützungsbedürfnis“.

Tab. 42: Deskriptivstatistik: Skala „Soziale Abkapselung“ (SVF-120)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	5,75	2,89	5,11	2,95	7,04	4,65	8,56	5,03	8,89	5,24
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	8,96	5,25	8,40	4,71	5,62	3,46				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	8,29	5,57	6,50	3,45						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	7,39	4,76	7,34	4,60						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	6,99	4,36	9,00	5,66						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	7,01	4,35	8,23	5,34						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 43: Effekte der ANOVA: Skala „Soziale Abkapselung“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	69,299	4	17,325	,897	,468
Armut	145,507	2	72,753	3,766	,026
Alter	95,522	1	95,522	4,945	,028
Geschlecht	1,337	1	1,337	,069	,793
Schulden	,600	1	,600	,031	,860
Arbeitslosigkeit	46,494	1	46,494	2,407	,123

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Akut Arme und Armutsgefährdete ziehen sich in Stresssituationen signifikant öfter zurück als Nicht-Arme ($p = 0,026$). Die Mittelwerte von akut Armen (MW 8,96) und Armutsgefährdeten (MW 8,40) sind in der Stressverarbeitungsstrategie „soziale Abkapselung“ höher als die der Normalbevölkerung (MW 5,62).

Die unabhängige Variable „sozialer Status“ hat hingegen keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „soziale Abkapselung“ ($p = 0,468$).

Jüngere kapseln sich sozial stärker ab als Ältere. Die 19 bis 39-Jährigen (MW 8,29) unterscheiden sich in der Strategie „soziale Abkapselung“ signifikant ($p = 0,028$) von den 40 bis 60-Jährigen (MW 6,50).

Geschlecht ($p = 0,793$), Schulden ($p = 0,860$) und Arbeitslosigkeit ($p = 0,123$) zeigen keinen signifikanten Einfluss auf die Stressverarbeitungsstrategie „soziale Abkapselung“.

Tab. 44: Deskriptivstatistik: Skala „Resignation, Hilflosigkeit“ (SVF-120)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	6,08	2,46	5,57	2,74	7,07	4,36	8,95	4,72	7,89	3,74
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	8,38	4,04	9,77	4,33	5,62	3,32				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	8,36	4,71	6,50	3,27						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	7,78	4,44	6,86	3,59						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	7,19	4,22	8,32	3,64						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	7,02	3,97	8,32	4,40						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 45: Effekte der ANOVA: Skala „Resignation, Hilflosigkeit“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	85,75	4	21,43	1,54	,194
Armut	216,98	2	108,49	7,79	,001
Alter	98,09	1	98,09	7,04	,009
Geschlecht	11,85	1	11,85	0,85	,358
Schulden	0,11	1	0,11	0,00	,926
Arbeitslosigkeit	13,29	1	13,29	0,95	,330

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armutsbetroffene neigen stärker dazu zu resignieren. Die Mittelwerte in der Variablen „Resignation“ von Armutsgefährdeten (MW 9,77) und akut Armen (MW 8,38) unterscheiden sich hoch signifikant ($p = 0,001$) vom Mittelwert der Nicht-Armen (MW 5,62). Die unabhängige Variable „sozialer Status“ zeigt hingegen keinen signifikanten ($p = 0,194$) Einfluß auf die abhängige Variable „Resignation“.

Jüngere reagieren öfter mit Gefühlen der Resignation und Hilflosigkeit als Ältere. Signifikante Effekte ergeben sich zwischen der unabhängigen Variable „Alter“ und der abhängigen Variable „Resignation“ ($p = 0,009$). Die 19 bis 39-Jährigen weisen einen höheren Mittelwert (MW 8,36) als die 40 bis 60-Jährigen (MW 6,50) auf.

Die unabhängigen Variablen „Geschlecht“ ($p = 0,358$), „Schulden“ ($p = 0,926$) und „Arbeitslosigkeit“ ($p = 0,330$) haben keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Resignation und Hilflosigkeit“.

Tab. 46: Deskriptivstatistik: Skala „Mangelnde soziale Anerkennung“ (TICS)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	4,25	2,49	5,46	3,40	6,75	3,35	7,41	3,40	6,25	3,35
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	7,56	3,22	7,14	3,94	5,15	2,89				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	6,01	3,65	6,78	3,12						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	6,54	3,63	6,22	3,06						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	5,98	3,33	8,25	3,11						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	6,03	3,22	7,32	3,68						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 47: Effekte der ANOVA: Skala „Mangelnde soziale Anerkennung“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	86,10	4	21,52	2,18	,074
Armut	94,36	2	47,18	4,79	,010
Alter	28,53	1	28,53	2,90	,091
Geschlecht	2,22	1	2,22	0,22	,636
Schulden	39,83	1	39,83	4,04	,046
Arbeitslosigkeit	5,64	1	5,64	0,57	,450

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Akut Arme und Armutsgefährdete bekommen häufiger wenig oder keine Anerkennung für ihre Leistungen. Die unabhängige Variable „Armut“ hat einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „mangelnde soziale Anerkennung“ ($p = 0,010$). Akut Arme (MW 7,56) erfahren am geringsten soziale Anerkennung, Armutsgefährdete mit einem ähnlichen Mittelwert (MW 7,14) wie akut Arme deutlich weniger als der Rest der Bevölkerung (MW 5,15). Der soziale Status hat keinen signifikanten Einfluss auf die soziale Anerkennung. Der p-Wert mit 0,074 liegt aber knapp über der Signifikanzgrenze von 0,05.

Wer Schulden hat (MW 8,25), erfährt öfter soziale Ablehnung als Menschen ohne Schulden (MW 5,98). Die Variable „Schulden“ zeigt einen signifikanten Effekt auf die Variable „mangelnde soziale Anerkennung“ ($p = 0,0469$).

Alter ($p = 0,091$), Geschlecht ($p = 0,636$) und Arbeitslosigkeit ($p = 0,450$) haben keinen signifikanten Einfluss auf soziale Anerkennung.

Tab. 48: Deskriptivstatistik: Skala „Überforderung bei der Arbeit“ (TICS)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	4,58	2,02	5,26	2,98	7,48	4,94	7,75	5,29	7,14	4,00
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	8,18	5,09	8,96	4,90	4,92	2,75				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	6,77	4,01	6,96	4,94						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	7,25	5,04	6,32	3,56						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	6,19	4,11	9,78	4,99						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	6,29	4,01	8,27	5,31						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 49: Effekte der ANOVA: Skala „Überforderung bei der Arbeit“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	62,30	4	15,57	0,94	,441
Armut	236,38	2	118,19	7,15	,001
Alter	10,59	1	10,59	0,64	,424
Geschlecht	8,25	1	8,25	0,50	,481
Schulden	165,61	1	165,61	10,02	,002
Arbeitslosigkeit	0,07	1	0,07	0,00	,946

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armutsgefährdete und akut Arme fühlen sich häufiger überfordert und mit nicht zu bewältigenden Problemen konfrontiert als die Normalbevölkerung. Armut hat einen signifikanten Einfluss auf die Variable „Überforderung bei der Arbeit“ ($p = 0,001$). Armutsgefährdete (MW 8,96) weisen die höchste Überforderung aus, gefolgt von akut Armen (MW 8,18) und mit Abstand der Restbevölkerung (MW 4,92).

Nach dem sozialen Status unterscheiden sich die Befragten in der Variable „Überforderung bei der Arbeit“ nicht signifikant ($p = 0,441$). Wer Schulden hat (MW 9,78), erlebt öfter Überforderung als Personen ohne Schulden (MW 6,19). Die unabhängige Variable „Schulden“ zeigt einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable „Überforderung bei der Arbeit“ ($p = 0,002$). Alter ($p = 0,424$), Geschlecht ($p = 0,481$) und Arbeitslosigkeit ($p = 0,946$) erklären die Unterschiede in Überforderung bei der Arbeit nicht signifikant.

Tab. 50: Deskriptivstatistik: Skala „Erfolgsdruck“ (TICS)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	18,75	6,41	20,38	5,42	17,56	8,00	15,21	6,72	14,28	6,67
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefähd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	16,56	7,44	16,55	7,88	17,28	6,57				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	17,12	7,88	16,65	6,34						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	16,41	7,82	17,55	5,96						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	16,21	6,96	19,75	7,16						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	17,71	7,09	14,86	6,82						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 51: Effekte der ANOVA: Skala „Erfolgsdruck“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	853,77	4	213,44	5,08	,001
Armut	199,96	2	99,98	2,38	,096
Alter	2,03	1	2,03	0,04	,826
Geschlecht	34,80	1	34,80	0,82	,364
Schulden	402,10	1	402,10	9,57	,002
Arbeitslosigkeit	151,09	1	151,09	3,59	,060

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Der soziale Status hat einen signifikanten Einfluss auf die Variable „Erfolgsdruck“ ($p = 0,001$). Die zweitoberste B-Schicht (MW 20,38) weist den stärksten Druck auf, hohe Erwartungen zu erfüllen, gefolgt von der obersten A-Schicht (MW 18,75) und der mittleren C-Schicht (MW 17,56). Im Vergleich geringeren Erfolgsdruck zeigen D-Schicht (MW 15,21) und E-Schicht (MW 14,28). Armutsbetroffene und Nicht-Arme unterscheiden sich in der Variable „Erfolgsdruck“ nicht signifikant ($p = 0,096$).

Signifikante Effekte treten mit der unabhängigen Variable „Schulden“ auf ($p = 0,002$). Überschuldete (MW 19,75) haben einen höheren Erfolgsdruck als Personen ohne Schulden (MW 16,21).

Die unabhängige Variable „Arbeitslosigkeit“ hat keinen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable „Erfolgsdruck“, p mit 0,060 liegt aber nahe an der Signifikanzgrenze von 0,05. Weiters zeigen Alter ($p = 0,826$) und Geschlecht ($p = 0,364$) keinen signifikanten Einfluss auf den Erfolgsdruck.

3.1.3. Gesundheitsbeschwerden und soziale Ungleichheit

In diesem Kapitel geht es darum, den Einfluss sozialer Ungleichheit auf unterschiedlichste Gesundheitsbeschwerden zu ergründen. Untersucht wurde der Einfluss der unabhängigen Variablen „sozialer Status“, „Armut“, „Geschlecht“, „Alter“, „Schulden“ und „Arbeitslosigkeit“ auf die abhängigen Variablen „Beschwerdensumme“ (FBL-R) und die Beschwerdenliste (FBL-R) mit „Herz-Kreislauf“, „Magen Darm“, „Kopf Hals“, „Anspannung“, „Emotionale Reaktivität“, „Schmerz“ und „Sensorik“. Weiters auf die Items „Krankheitseinschätzung“ und das Auftreten „chronischer Erkrankungen“.

Diese Fragestellung wurde mittels sechsfaktorieller ANOVA geprüft.

Die dreizehn chronischen Krankheitsgruppen von Stoffwechselerkrankungen bis Schlafstörungen wurden einer hierarchischen Clusteranalyse unterzogen. Als Distanzmaß wurden die quadratischen euklidischen Abstände verwendet, als Fusionsinstrument die Ward-Methode herangezogen. Es zeigt sich eine keineswegs unplausible Zwei-Clusterlösung.

Mit Hilfe von Kreuztabellen und Chi-Quadrat Tests wurde der Einfluss der unabhängigen Variablen „sozialer Status“, „Armut“, „Haushaltseinkommen“, „Geschlecht“, „Alter“, „Schulden“ und „Arbeitslosigkeit“ auf die abhängige Variable „Morbidity“ untersucht.

Tab. 52: Deskriptivstatistik: Skala „Beschwerdensumme“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	132,91	37,76	131,57	35,38	160,41	40,19	170,12	44,06	194,14	46,62
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	187,85	43,29	175,25	46,45	135,45	32,49				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	165,95	48,68	158,61	43,76						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	173,01	45,25	146,75	43,25						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	155,68	44,75	190,07	42,50						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	153,50	43,95	183,39	45,19						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 53: Effekte der ANOVA: Skala „Beschwerdensumme“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	5249,44	4	1312,36	0,91	,457
Armut	21326,07	2	10663,03	7,44	,001
Alter	435,36	1	435,36	0,30	,582
Geschlecht	18280,46	1	18280,46	12,75	<,001
Schulden	1069,71	1	1069,71	0,74	,389
Arbeitslosigkeit	360,50	1	360,50	0,25	,617

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armutsbetroffene haben signifikant mehr gesundheitliche Beschwerden als Nicht-Arme ($p = 0,001$). Akut Arme (MW 187,85) und Armutsgefährdete (MW 175,25) äußern häufigere Beschwerden als die Normalbevölkerung (MW 135,45). Der soziale Status zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die Beschwerdesumme ($p = 0,457$). Der Mittelwert der obersten A-Schicht (MW 132,91) liegt aber weit unter dem Mittelwert der untersten E-Schicht (MW 194,14).

Frauen unterscheiden sich sehr signifikant von Männern ($p < 0,001$) mit einer höheren Beschwerdensumme (Frauen MW 173,01; Männer MW 146,75).

Hingegen weisen die unabhängigen Variablen Alter ($p = 0,582$), Schulden ($p = 0,389$) und Arbeitslosigkeit ($p = 0,617$) keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Beschwerdensumme“ auf.

Tab. 54: Deskriptivstatistik: Skala „Herz-Kreislauf“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	11,25	5,51	11,26	4,44	12,82	5,56	15,60	8,28	19,39	6,29
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	18,87	7,73	14,14	6,31	10,86	3,76				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	14,79	7,27	14,10	6,67						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	14,72	6,40	14,03	7,70						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	13,24	5,90	19,57	8,71						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	12,98	5,83	18,00	8,17						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 55: Effekte der ANOVA: Skala „Herz-Kreislauf“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	44,32	4	11,08	0,30	,876
Armut	382,53	2	191,26	5,21	,007
Alter	7,42	1	7,42	0,20	,653
Geschlecht	17,54	1	17,54	0,47	,490
Schulden	72,95	1	72,95	1,98	,161
Arbeitslosigkeit	0,00	1	0,00	0,00	,990

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Akut Arme haben signifikant mehr Herz-Kreislauf Beschwerden als Nicht-Arme ($p = 0,007$). Der Mittelwert der akut Armen liegt mit 18,87 über dem der Armutsgefährdeten (MW 14,14); die Nicht-Armen weisen den kleinsten Mittelwert (MW 10,86) auf der Skala „Herz-Kreislauf“ auf.

Die unabhängige Variable „sozialer Status“ zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Herz-Kreislauf“ ($p = 0,876$). Auch das Alter unterscheidet nicht signifikant zwischen Herz-Kreislauf Beschwerden ($p = 0,653$). Geschlecht ($p = 0,490$), Schulden ($p = 0,161$) und Arbeitslosigkeit ($p = 0,990$) haben keine signifikanten Effekte auf die Herz-Kreislauf Beschwerden.

Tab. 56: Deskriptivstatistik: Skala „Magen-Darm“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	13,25	4,18	12,76	4,69	16,56	7,06	18,36	7,69	20,53	8,57
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	19,74	7,89	18,92	8,69	13,65	4,91				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	17,76	7,91	16,03	6,93						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	18,03	8,38	15,22	5,50						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	16,25	7,26	19,46	7,78						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	15,79	6,84	19,53	7,44						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 57: Effekte der ANOVA: Skala „Magen-Darm“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	147,32	4	36,83	0,78	,539
Armut	268,88	2	134,44	2,85	,061
Alter	65,19	1	65,19	1,38	,242
Geschlecht	187,83	1	187,83	3,98	,048
Schulden	0,02	1	0,02	0,00	,982
Arbeitslosigkeit	0,80	1	0,80	0,01	,896

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Frauen leiden öfter an Magen-Darm Beschwerden als Männer. Die unabhängige Variable „Geschlecht“ hat einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Magen-Darm“ ($p = 0,048$). Der Mittelwert der Frauen (MW 18,06) unterscheidet sich bedeutsam vom Mittelwert der Männer (MW 15,22).

Der Einfluss der unabhängigen Variable „Armut“ auf die abhängige Variable „Magen-Darm“ ist mit einem p von 0,061 nicht signifikant, obwohl der Wert nahe an der Signifikanzgrenze von 0,05 liegt. Die Mittelwerte der akut Armen beträgt 19,74, der Armutsgefährdeten 18,92 und der Nicht-Armen 13,65.

Der soziale Status zeigt keine Signifikanz ($p = 0,539$). Das gleiche gilt für die unabhängigen Variablen „Alter“ ($p = 0,242$), „Schulden“ ($p = 0,982$) und „Arbeitslosigkeit“ ($p = 0,896$).

Tab. 58: Deskriptivstatistik: Skala „Kopf-Hals“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	12,25	3,98	12,73	4,06	16,29	5,92	16,41	7,24	19,96	6,62
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	18,72	6,86	17,07	7,72	13,43	4,31				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	16,18	6,88	15,96	6,11						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	16,95	6,69	14,80	5,98						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	15,53	6,37	18,35	6,53						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	15,03	5,90	18,58	7,17						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 59: Effekte der ANOVA: Skala „Kopf-Hals“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	180,79	4	45,19	1,24	,294
Armut	129,90	2	64,95	1,79	,170
Alter	0,52	1	0,52	0,01	,905
Geschlecht	98,56	1	98,56	2,72	,101
Schulden	<,001	1	<,001	0,00	1,000
Arbeitslosigkeit	4,51	1	4,51	0,12	,725

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Die unabhängige Variable „sozialer Status“ zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Kopf-Hals Reizsyndrom“ ($p = 0,294$). Die Mittelwerte der Kopf-Hals-Beschwerden steigen von der oberen A-Schicht (MW 12,25) zur untersten E-Schicht (MW 19,96) an. Auch Arme und Nicht-Arme unterscheiden sich nicht signifikant in ihren Kopf-Hals Reizsyndrom ($p = 0,170$). Das gleiche gilt für die unabhängige Variable „Alter“, die keine bedeutsamen Effekte auf die Skala „Kopf-Hals“ aufweist ($p = 0,905$). Frauen und Männer unterscheiden sich ebenfalls nicht signifikant in Kopf-Hals Beschwerden ($p = 0,101$). Wer Schulden hat, hat nicht signifikant mehr oder weniger Kopf-Hals Beschwerden als Personen ohne Schulden ($p = 1,00$). Und die unabhängige Variable „Arbeitslosigkeit“ erklärt die Unterschiede bei der abhängigen Variable „Kopf-Hals Reizsyndrom“ in nicht signifikanter Weise ($p = 0,725$).

Tab. 60: Deskriptivstatistik: Skala „Anspannung“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	12,83	4,30	11,69	3,67	14,78	5,67	15,21	5,99	17,82	6,34
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	17,83	5,73	15,11	6,58	12,09	3,95				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	14,95	6,25	14,60	5,32						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	15,01	5,91	14,44	5,61						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	14,22	5,82	17,14	5,02						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	13,54	5,37	17,79	5,69						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 61: Effekte der ANOVA: Skala „Anspannung“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	94,93	4	23,73	0,85	,490
Armut	301,17	2	150,58	5,45	,005
Alter	8,06	1	8,06	0,29	,590
Geschlecht	7,42	1	7,42	0,26	,605
Schulden	6,36	1	6,36	0,23	,632
Arbeitslosigkeit	29,82	1	29,82	1,08	,301

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armutsbetroffene und Nicht-Arme unterscheiden sich signifikant in der Variable „Anspannung“ ($p = 0,005$). Akut Arme weisen die höchste Anspannung auf (MW 17,83), gefolgt von den Armutsgefährdeten (MW 15,11) und der Normalbevölkerung (MW 12,09). Die unabhängige Variable „sozialer Status“ zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Anspannung“ ($p = 0,490$). Der Mittelwert der oberen A- und B-Schicht beträgt 12,83 und 11,69, der der unteren D- und E-Schicht 15,21 und 17,82. Zwischen Jungen und Alten ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in der „Anspannung“ ($p = 0,590$). Auch Männer und Frauen differieren nicht bedeutsam ($p = 0,605$). Die unabhängige Variable „Schulden“ hat keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable Anspannung ($p = 0,632$). Das gleiche gilt für „Arbeitslosigkeit“ ($p = 0,301$).

Tab. 62: Deskriptivstatistik: Skala „Emotionale Reaktivität“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	17,66	5,72	17,19	5,31	20,48	6,37	19,95	5,19	22,85	6,31
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	21,67	6,11	22,40	5,28	17,57	5,41				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	21,51	6,40	18,52	5,30						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	22,08	5,45	16,98	5,57						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	19,22	5,67	23,21	6,56						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	19,57	6,04	20,97	5,96						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 63: Effekte der ANOVA: Skala „Emotionale Reaktivität“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	63,44	4	15,86	0,63	,637
Armut	200,17	2	100,08	4,01	,020
Alter	180,28	1	180,28	7,23	,008
Geschlecht	674,84	1	674,84	27,07	<,001
Schulden	94,90	1	94,90	3,80	,053
Arbeitslosigkeit	27,04	1	27,04	1,08	,299

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armut hat einen signifikanten Einfluss auf die „emotionale Reaktivität“ ($p = 0,020$). Armutsgefährdete zeigen die höchste emotionale Reaktivität (MW 22,40), gefolgt von den akut Armen (MW 21,67) und mit einigem Abstand die Normalbevölkerung (MW 17,57).

Die Jüngeren weisen eine höhere emotionale Reaktivität auf als Ältere. Wer zu den 19 bis 39-Jährigen gehört, erzielt mit einem Mittelwert von 21,51 einen signifikanten Unterschied ($p = 0,008$) zu den 40 bis 60-Jährigen mit einem Mittelwert von 18,52.

Frauen haben eine höhere emotionale Reaktivität als Männer. In den Mittelwerten der Skala „emotionale Reaktivität“ unterscheiden sich Frauen (MW 22,08) und Männer (MW 16,98) höchst signifikant voneinander ($p < 0,001$).

Die unabhängige Variable „Schulden“ hat keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „emotionale Reaktivität“ ($p = 0,053$). Der Wert liegt aber sehr nahe an der Signifikanzgrenze von 0,05. Der Mittelwert von Personen mit Schulden beträgt 23,21; der von Personen ohne Schulden 19,22. „Arbeitslosigkeit“ zeigt keine Signifikanz ($p = 0,299$).

Tab. 64: Deskriptivstatistik: Skala „Schmerz“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	15,41	5,82	15,15	5,60	19,17	7,37	20,80	8,21	23,60	6,59
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	22,56	7,29	21,62	8,01	15,96	6,13				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	19,34	7,06	19,55	8,08						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	20,81	7,73	17,50	6,97						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	18,48	7,29	23,60	7,48						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	18,54	7,45	21,67	7,51						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 65: Effekte der ANOVA: Skala „Schmerz“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	193,75	4	48,43	1,05	,382
Armut	369,50	2	184,75	4,01	,020
Alter	36,77	1	36,77	0,80	,373
Geschlecht	258,10	1	258,10	5,61	,019
Schulden	107,43	1	107,43	2,33	,129
Arbeitslosigkeit	67,80	1	67,80	1,47	,227

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Armutsbetroffene klagten öfter über Schmerzen als die Normalbevölkerung. Die unabhängige Variable „Armut“ hat einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Schmerz“ ($p = 0,020$). Der Mittelwert der akut Armen beträgt 22,56; der der Armutsgefährdeten 21,62; der Mittelwert der Nichtarmen liegt mit 15,96 weit darunter.

Der soziale Status erklärt die Unterschiede in „Schmerz“ nicht signifikant ($p = 0,382$). Der Mittelwert der oberen A-Schicht beträgt 15,41, der der unteren E-Schicht 23,60.

Frauen empfinden öfter Schmerzen als Männer. Frauen (MW 20,81) und Männer (MW 17,50) unterscheiden sich signifikant in der Variable „Schmerz“ ($p = 0,019$).

Jung und Alt erklären die Unterschiede im Schmerzempfinden nicht signifikant ($p = 0,373$). Auch die unabhängige Variable „Schulden“ weist keinen bedeutsamen Einfluss auf die abhängige Variable „Schmerz“ auf ($p = 0,129$). Das gleiche gilt für die Variable „Arbeitslosigkeit“ mit einem p von 0,227.

Tab. 66: Deskriptivstatistik: Skala „Sensorik“ (FBL-R)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	16,91	5,28	19,65	7,88	22,19	6,49	22,02	6,70	23,25	6,50
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	22,78	6,77	23,03	5,40	19,74	7,17				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	21,05	7,55	21,86	6,18						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	23,68	6,77	18,31	5,7						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	21,00	6,85	23,50	6,71						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	21,32	6,91	21,83	6,84						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 67: Effekte der ANOVA: Skala „Sensorik“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	123,963	4	30,991	,801	,526
Armut	91,236	2	45,618	1,180	,311
Alter	93,131	1	93,131	2,408	,123
Geschlecht	875,352	1	875,352	22,635	<,001
Schulden	34,956	1	34,956	,904	,343
Arbeitslosigkeit	112,787	1	112,787	2,916	,090

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

Frauen und Männer unterscheiden sich hoch signifikant in der Variable „Sensorik“ ($p < 0,001$). Frauen (MW 23,68) weisen höhere Werte auf der Skala „Sensorik“ auf als Männer (MW 18,31).

Die unabhängige Variable „sozialer Status“ zeigt keine signifikanten Effekte auf die abhängige Variable „Sensorik“ ($p = 0,526$). Der Mittelwert der obersten A-Schicht beträgt 16,91, der der untersten E-Schicht 23,25.

Armut erklärt die Unterschiede bei „Sensorik“ nicht signifikant ($p = 0,311$). Das gleiche gilt für die unabhängigen Variablen „Alter“ ($p = 0,123$), „Schulden“ ($p = 0,343$) und „Arbeitslosigkeit“ ($p = 0,90$).

Tab. 68: Deskriptivstatistik: Item „**Krankheitseinschätzung**“ (Wie oft im lzt ½-Jahr krank?)

	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s	MW	s
	<i>A-Schicht</i>		<i>B-Schicht</i>		<i>C-Schicht</i>		<i>D-Schicht</i>		<i>E-Schicht</i>	
Sozialer Status	0,58	1,38	0,96	1,14	1,14	1,01	1,87	1,39	2,50	1,59
	<i>Akute Armut</i>		<i>Arm.gefährd.</i>		<i>Normalbevölk.</i>					
Armut	2,30	1,47	1,96	1,31	0,69	0,72				
	<i>19-39 Jahre</i>		<i>40-60 Jahre</i>							
Alter	1,58	1,39	1,47	1,38						
	<i>Frauen</i>		<i>Männer</i>							
Geschlecht	1,67	1,46	1,31	1,23						
	<i>Keine Schulden</i>		<i>Schulden</i>							
Schulden	1,30	1,25	2,50	1,50						
	<i>nicht Arbeitsl.</i>		<i>Arbeitslos</i>							
Arbeitslosigkeit	1,30	1,25	2,50	1,50						

MW Mittelwert s Standardabweichung

Tab. 69: Effekte der ANOVA: Item „**Krankheitseinschätzung**“

	SS	DF	Mittel Quad.	F-Wert	p
Sozialer Status	5,45	4	1,36	1,02	,397
Armut	19,58	2	9,79	7,36	,001
Alter	0,01	1	0,01	0,01	,911
Geschlecht	2,67	1	2,67	2,01	,158
Schulden	5,06	1	5,06	3,81	,053
Arbeitslosigkeit	1,02	1	1,02	0,77	,381

SS Sums of Squares, Quadratsummen, DF Freiheitsgrade F-Wert F-Statistik p Signifikanz

In der Beantwortung der Frage, „wie oft jemand im letzten halben Jahr krank war“, unterscheiden sich Armutsbetroffene und Nicht-Arme hoch signifikant ($p = 0,001$). Akut Arme sind öfter im letzten halben Jahr krank gewesen (MW 2,30) als Armutsgefährdete (MW 1,96) und Nicht-Arme (MW 0,69). Die unabhängige Variable „sozialer Status“ zeigt hingegen keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Krankheitseinschätzung“ ($p = 0,379$). Die Mittelwerte von der obersten A-Schicht (MW 0,58) zur untersten E-Schicht (MW 1,59) steigen graduell an.

Wer überschuldet ist, unterscheidet sich in der Krankheitshäufigkeit von Personen ohne Schulden nicht signifikant, - obwohl der p-Wert von 0,053 sehr knapp an der Signifikanzgrenze liegt. Der Mittelwert von Personen mit Schulden beträgt 2,50; der von Personen ohne Schulden 1,30. Die unabhängigen Variablen „Alter“ ($p = 0,911$), „Geschlecht“ ($p = 0,158$) und „Arbeitslosigkeit“ ($p = 0,381$).

Tab. 70: Clusterbeschreibung: **Morbidität nach Krankheitsgruppen**

	Cluster 1		Cluster 2		T-Wert	p
	MW	s	MW	S		
Stoffwechselerkrankungen	0,14	0,35	0,10	0,30	0,74	,460
Schwere Kopfschmerzen, Migräne	0,56	0,49	0,04	0,21	8,60	<,001
Nervosität, Angstzustände	0,50	0,50	0,19	0,40	4,06	<,001
Psychiatrische bzw. neurologische Erkrankungen	0,17	0,38	0,00	0,00	4,27	<,001
Kreislaufsystem	0,12	0,33	0,15	0,36	-0,37	,706
Krankheiten der Atmungsorgane	0,35	0,48	0,01	0,10	6,38	<,001
Krankheiten der Verdauungsorgane	0,41	0,49	0,12	0,33	4,25	<,001
Krankheiten der Urogenitalorgane	0,22	0,42	0,00	0,00	4,97	<,001
Hautkrankheiten	0,17	0,38	0,22	0,41	-0,64	,519
Krankheiten des Bewegungsapparats	0,67	0,47	0,38	0,48	3,65	<,001
Entfernung eines Organs	0,12	0,33	0,00	0,00	3,54	<,001
Allergien	0,19	0,39	0,16	0,37	0,48	,630
Schlafstörungen	0,56	0,49	0,24	0,43	4,16	<,001

MW Mittelwert s Standardabweichung Cluster 1 vermehrt krank Cluster 2 weniger krank

Die Cluster 1 „Vermehrt krank“ und Cluster 2 „Weniger krank“ unterscheiden sich in den Krankheitsgruppen „schwere Kopfschmerzen, Migräne“, „Nervosität, Angstzustände“, „psychiatrische bzw. neurologische Erkrankungen“, „Krankheiten der Atmungsorgane“, „Krankheiten der Verdauungsorgane“, „Krankheiten der Urogenitalorgane“, „Krankheiten des Bewegungsapparats“, „Entfernung eines Organs“ und „Schlafstörungen“ hoch signifikant ($p < 0,001$). Die Krankheitsanfälligkeit geht immer in dieselbe Richtung. Die Mittelwerte von Cluster 1 sind höher als die Mittelwerte von Cluster 2.

Nicht signifikant sind hingegen die Unterschiede in den Variablen „Stoffwechselerkrankungen“ ($p = 0,460$), „Kreislaufsystem“ ($p = 0,706$), „Hautkrankheiten“ ($p = 0,519$) und „Allergien“ ($p = 0,630$). Diese Variablen können zwischen den Clustern nicht unterscheiden.

Tab. 71: Clusteruntersuchung: **Alter und Morbidität**

	<i>Vermehrt krank</i>		<i>Weniger krank</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>19 – 39 Jahre</i>	30	41,7	42	58,3	72	100
<i>40 – 60 Jahre</i>	32	42,1	44	57,9	76	100
Gesamt	62	41,9	86	58,1	148	100

Chi-Square (Pearson) =0,003; df=1; p=,957

Krankheiten sind nicht altersabhängig. Jüngere und Ältere unterscheiden sich nicht signifikant ($p = 0,957$) in ihrer Morbidität. 41,4% der 19 bis 39-Jährigen sind vermehrt krank, 58,3% von ihnen weniger. Bei den 40 bis 60-Jährigen ist das Verhältnis dazu 42,1% zu 57,9%.

Tab. 72: Clusteruntersuchung: **Geschlecht und Morbidität**

	<i>Vermehrt krank</i>		<i>Weniger krank</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>Frauen</i>	45	51,7	42	48,3	87	100
<i>Männer</i>	17	27,9	44	72,1	61	100
Gesamt	62	41,9	86	58,1	148	100

Chi-Square (Pearson) =8,383; df=1; p=,004

Chronische Krankheiten sind vom Geschlecht abhängig. Frauen und Männer unterscheiden sich signifikant ($p = 0,004$) in ihrer Morbidität. Frauen sind zu 51,7% vermehrt krank, aber nur 27,9% aller Männer. Dafür finden sich in der Gruppe der "weniger Kranken" 72% aller Männer und nur 48% aller Frauen. Frauen weisen eine höhere Morbidität auf als Männer.

Tab. 73: Clusteruntersuchung: **Haushaltseinkommen und Morbidität**

	<i>Vermehrt krank</i>		<i>Weniger krank</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>242 - 1024 €</i>	40	54,1	34	45,9	74	100
<i>1025 - 5533 €</i>	22	29,7	52	70,3	74	100
Gesamt	62	41,9	86	58,1	148	100

Chi-Square (Pearson) =8,993; df=3; p=,003

Krankheiten sind vom Haushaltseinkommen abhängig ($p = 0,003$). Personen mit geringerem Haushaltseinkommen weisen eine höhere Morbidität (54,1%) auf als Personen mit höherem Haushaltseinkommen (29,7%).

Tab. 74: Clusteruntersuchung: **Armut und Morbidität**

	<i>Vermehrt krank</i>		<i>Weniger krank</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>Akute Armut</i>	33	60	22	40	55	100
<i>Armutsgefährd.</i>	12	44,4	15	55,6	27	100
<i>Nicht-Arme</i>	17	25,8	49	74,2	66	
Gesamt	62	41,9	86	58,1	148	100

Chi-Square (Pearson) =14,539; df=2; p<,001

Krankheiten sind von Armut abhängig. Die beiden Cluster “Vermehrt krank” und “Weniger krank” differenzieren hoch signifikant nach Armut ($p < 0,001$). 60 % der akut Armen sind vermehrt von chronischen Krankheiten betroffen, 44,4% der Armutsgefährdeten und 25,8% der nicht-armen Bevölkerung.

Tab. 75: Clusteruntersuchung: **Sozialer Status und Morbidität**

	<i>Vermehrt krank</i>		<i>Weniger krank</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>A-Schicht</i>	3	25	9	75	12	100
<i>B-Schicht</i>	5	19,2	21	80,8	26	100
<i>C-Schicht</i>	16	39	25	61	41	100
<i>D-Schicht</i>	20	48,8	21	51,2	41	100
<i>E-Schicht</i>	18	64,3	10	35,7	28	100
Gesamt	62	41,9	86	58,1	148	100

Chi-Square (Pearson) =13,598; df=4; p=,009

Krankheiten sind vom sozialen Status abhängig. Die fünf sozioökonomischen Schichten unterscheiden sich signifikant ($p = 0,009$) nach der Morbidität. Die unterste E-Schicht ist zu 64,3% von höherer chronischer Erkrankung betroffen, die D-Schicht zu 48,8%, die mittlere C-Schicht zu 39% , die B-Schicht zu 19,2% und die oberste A-Schicht zu 25%.

Tab. 76: Clusteruntersuchung: **Arbeitslosigkeit und Morbidität**

	<i>Vermehrt krank</i>		<i>Weniger krank</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>Arbeitslos</i>	28	65,1	15	34,9	43	100
<i>Nicht Arbeitslos</i>	34	32,4	71	67,6	105	100
Gesamt	62	41,9	86	58,1	148	100

Chi-Square (Pearson) =13,430; df=1; p<**,001**

Chronische Krankheiten sind von Arbeitslosigkeit abhängig. Personen ohne Job unterscheiden sich hoch signifikant ($p < 0,001$) in ihrer Krankheitshäufigkeit von Personen mit Job. Arbeitslose sind zu 65,1% in der Gruppe der „vermehrt Kranken“ zu finden, dafür Nicht-Arbeitslose nur zu 32,4%.

Tab. 77: Clusteruntersuchung: **Schulden und Morbidität**

	<i>Vermehrt krank</i>		<i>Weniger krank</i>		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>Schulden</i>	16	57,1	12	42,9	28	100
<i>Keine Schulden</i>	46	38,3	74	61,7	120	100
Gesamt	62	41,9	86	58,1	148	100

Chi-Square (Pearson) =3,300; df=1; p=,069

Chronische Krankheiten sind von Schulden nicht abhängig. Überschuldete und Personen ohne Schulden zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Morbiditätsclustern ($p = 0,069$). Der Wert liegt aber nahe der Signifikanzgrenze von 0,05. Personen mit Schulden sind zu 57% im Cluster „vermehrt krank“ zu finden, Personen ohne Schulden zu 38,3%.

3.1.4. Stressbelastung und Gesundheitsbeschwerden

In diesem Abschnitt geht es um die Frage, wie sich chronische Stressbelastung auf die Gesundheit auswirkt. Geprüft wird der Einfluss der Skala „chronischer Stress“ (TICS) auf die „Beschwerdensumme“ (FBL-R) und die Beschwerdenliste (FBL-R) mit den Skalen „Allgemeinbefinden“, „Müdigkeit“, „Herz-Kreislauf“, „Magen-Darm“, „Kopf-Hals-Reizsyndrom“, „Anspannung“, „Emotionale Reaktivität“, „Schmerz“, „Sensorik“.

Weiters untersucht wird der Zusammenhang zwischen Skala „chronischer Stress“ (TICS) und dem Item „Krankheitseinschätzung“ wie auch „chronische Krankheiten“. Die Morbidität wird von dreizehn Variablen von „Stoffwechselerkrankung“ bis „Schlafstörungen“ abgebildet.

Dazu wurden univariate Korrelationen gerechnet.

Tab. 78: **Stressbelastung und Gesundheitsbeschwerden (FBL-R)**

	korr. STRESS	r	p	N
Beschwerdensumme		,549	<,001	148
Allgemeinbefinden		,459	<,001	148
Müdigkeit		,492	<,001	148
Herz-Kreislauf		,433	<,001	148
Magen-Darm		,374	<,001	148
Kopf-Hals-Reizsyndrom		,387	<,001	148
Anspannung		,448	<,001	148
Emotionale Reaktivität		,435	<,001	148
Schmerz		,518	<,001	148
Sensorik		,265	,001	148
Einschlafen		,285	<,001	148
Durchschlafen		,239	,003	148
Gesundheitssorgen		,470	<,001	148

r Korrelationskoeffizient nach Pearson; p Signifikanz; N Stichprobengröße

Die Summe aller Beschwerden, die in der Freiburger Beschwerdenliste abgefragt werden, zeigt einen hoch signifikanten Zusammenhang ($p < 0,001$) mit „chronischem Stress“. Je höher der chronische Stress, desto höher die Beschwerdensumme ($r = 0,549$).

Eine hoch signifikante Korrelation ergab sich auch mit „Allgemeinbefinden“ ($p < 0,001$) Müdigkeit ($p < 0,001$) und Anspannung ($p < 0,001$). Je höher der chronischer Stress, desto schlechter das Allgemeinbefinden ($r = 0,459$). Je höher der Stress, desto größer die Müdigkeit ($r = 0,492$). Je höher der Stress, desto höher die Anspannung ($r = 0,448$).

Das gleiche gilt für die Variablen „emotionale Reaktivität“ ($p < 0,001$), „Schmerz“ ($p < 0,001$) und „Sensorik“ ($p = 0,001$). Je höher der chronische Stress, desto höher die emotionale Reaktivität ($r = 0,435$). Je höher der Stress, desto mehr tritt „Schmerz“ ($r = 0,518$) auf.

Chronischer Stress steht in einem hoch signifikanten Zusammenhang mit Beschwerden des Herz-Kreislaufsystems ($p < 0,001$), des Magen-Darm Traktes ($p < 0,001$) und des Kopf-Hals Bereiches ($p < 0,001$). Je höher der chronische Stress, desto höher die Herz-Kreislauf-Beschwerden ($r = 0,433$). Je höher der Stress, desto stärker die Beschwerden des Magen-Darm Traktes ($r = 0,374$). Und je höher der Stress, desto größer die Probleme im Kopf-Hals Bereich ($r = 0,387$).

Einschlafstörungen und Durchschlafstörungen treten bei chronischem Stress signifikant auf ($p < 0,001$ und $p = 0,003$). Je höher der Stress, desto höher die Einschlaf- und Durchschlafbeschwerden ($r = 0,258$ und $r = 0,239$).

Gesundheitssorgen und chronischer Stress weisen einen hoch signifikanten Zusammenhang ($p < 0,001$) auf. Je höher der Stress, desto größer die Gesundheitssorgen ($r = 0,470$).

Tab. 79: **Stressbelastung und Gesundheitsbeschwerden: Morbidität**

korr. STRESS	r	p	N
Krankheitseinschätzung	,427	<,001	148
Chronische Krankheiten	,436	<,001	148
Stoffwechselerkrankungen	,042	,613	148
Schwere Kopfschmerzen, Migräne	,267	,001	148
Nervosität, Angstzustände	,462	<,001	148
Psychiatrische bzw. neurologische Erkrankungen	,075	,363	148
Kreislaufsystem	,045	,590	148
Krankheiten der Atmungsorgane	,210	,010	148
Krankheiten der Verdauungsorgane	,270	,001	148

Krankheiten der Urogenitalorgane	-,022	,791	148
Hautkrankheiten	,208	,011	148
Krankheiten des Bewegungsapparats	,186	,024	148
Entfernung eines Organs	-,031	,709	148
Allergien	,087	,292	148
Schlafstörungen	,357	<,001	148

r Korrelationskoeffizient nach Pearson; p Signifikanz; N Stichprobengröße

Die Häufigkeit von Erkrankungen im abgefragten letzten Halbjahr steht in einem hoch signifikanten Zusammenhang mit chronischem Stress ($p < 0,001$). Je mehr Stress, desto höher die Krankheitshäufigkeit ($r = 0,427$). Das gleiche gilt für das Auftreten chronischer Krankheiten, die mit chronischem Stress hoch signifikant zusammenhängen ($p < 0,001$).

Von den einzelnen Morbiditätstypen weisen schwere Kopfschmerzen/ Migräne ($p = 0,001$), Krankheiten der Verdauungsorgane ($p = 0,001$), Schlafstörungen ($p < 0,001$) und Nervosität/Angstzustände ($p < 0,001$) eine hoch bedeutsame Korrelation mit chronischem Stress auf. Der Zusammenhang geht in dieselbe Richtung ($r = 0,267$; $r = 0,270$; $r = 0,257$; $r = 0,462$). Je mehr chronischer Stress, desto höher die Morbidität.

Zusammen mit chronischem Stress treten Krankheiten der Atmungsorgane ($p = 0,010$) Hautkrankheiten ($p = 0,011$) und Krankheiten des Bewegungsapparates ($p = 0,024$) signifikant auf. Je mehr Stress, desto höher die Morbidität bei Atmungsorganen ($r = 0,210$), desto höher bei Hautkrankheiten ($r = 0,208$) und im Bewegungsapparat ($r = 0,186$).

Kein signifikanter Zusammenhang mit chronischem Stress findet sich hingegen bei Stoffwechselerkrankungen ($p = 0,613$), psychiatrischen/neurologischen Erkrankungen ($p = 0,363$), dem Kreislaufsystem ($p = 0,590$), Krankheiten der Urogenitalorgane ($p = 0,791$), Entfernung eines Organs ($p = 0,709$) und Allergien ($p = 0,292$). Bei den Krankheiten der Urogenitalorgane ($r = -0,22$) und der Entfernung eines Organs ($r = -0,31$) würde sich – bei Signifikanz – ein negativer Zusammenhang ergeben.

3.1.5. Stressverarbeitung und Gesundheitsbeschwerden

In diesem Kapitel klären wir den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Strategien der Stressverarbeitung und den gesundheitlichen Beschwerden der Betroffenen.

Was für einen Erklärungswert haben die unabhängigen Variablen

- des social support: „soziale Isolation“ (TICS), „soziales Unterstützungsbedürfnis“ (SVF), „soziale Abkapselung“ (SVF),
- die Variablen der Kontrollierbarkeit im Stressgeschehen: „Situationskontrolle“ (SVF), „Reaktionskontrolle“ (SVF) „positive Selbstinstruktion“ (SVF)
- der „Kohärenzsinn“ (SOC).
- „Resignation und „Hilflosigkeit“ (SVF)
- und Bedrohungen von Ansehen und Status: „Mangel an sozialer Anerkennung“ (TICS), „Überforderung“ (TICS) und „Erfolgsdruck“ (TICS).

auf die abhängige Variable „Beschwerdesumme“ (FBL), dem Item „Krankheitseinschätzung“ und dem Morbiditätscluster „chronische Krankheiten“?

Geprüft wurde die Fragestellung mittels multipler Regression.

Für die Morbiditätscluster „weniger krank“ und „vermehrt krank“ als abhängige Variable wurde eine Diskriminanzanalyse angewendet.

Tab. 80: Modellzusammenfassung: **Social support auf Beschwerdensumme** (FBL-R)

R	R ²	p
0,49	0,24	< 0,001

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab 81: Detailstatistik: **Social Support auf Beschwerdensumme**

	Beta	T-Wert	p
Soziale Isolation (TICS)	0,22	1,93	,055
Soziales Unterstützungsbedürfnis (SVF)	0,00	0,01	,985
Soziale Abkapselung (SVF)	0,13	1,60	,112
Unfreiwilliges Alleinsein	0,23	2,12	,035

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

Die unabhängige Variable „Social Support“ hat einen hoch signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable der „Beschwerdensumme“ ($p < 0,001$). In der Detailstatistik zeigt sich, dass „Unfreiwilliges Alleinsein“ einen bedeutsamen Zusammenhang mit der Beschwerdensumme aufweist ($p = 0,035$). Je öfter die befragten Personen unfreiwillig allein sind, desto höher ihre gesundheitlichen Beschwerden (Beta = 0,23).

Soziales Unterstützungsbedürfnis ($p = 0,985$), soziale Abkapselung (0,112) und soziale Isolation ($p = 0,055$) führen zu keinem signifikanten Zusammenhang mit der Beschwerdensumme. Wobei die Variable „soziale Isolation“ mit einem p von 0,055 nahe an der Signifikanzschwelle von 0,05 liegt.

Tab. 82: Modellzusammenfassung: **Kohärenzsinn auf Beschwerdensumme** (FBL-R)

R	R ²	p
0,55	0,30	< 0,001

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab. 83: Detailstatistik: **Kohärenzsinn auf Beschwerdensumme**

	Beta	T-Wert	p
Kohärenzsinn (SOC)	-0,55	-7,94	< 0,001

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

Die unabhängige Variable „Kohärenzsinn“ hat einen hoch signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) auf die abhängige Variable „Beschwerdensumme“. Je höher der Kohärenzsinn, desto niedriger die Beschwerdensumme (Beta = -0,55).

Tab. 84: Modellzusammenfassung: **Kontrollierbarkeit auf Beschwerdensumme (FBL-R)**

R	R ²	p
0,25	0,06	,024

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab. 85: Detailstatistik: **Kontrollierbarkeit auf Beschwerdensumme**

	Beta	T-Wert	p
Situationskontrolle (SVF)	-0,18	-1,91	,058
Reaktionskontrolle (SVF)	0,25	2,47	,014
Positive Selbstinstruktion (SVF)	-0,16	-1,47	,142

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

Zwischen Kontrollierbarkeit und der Beschwerdensumme ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,024$). Als bedeutsam erweist sich die Variable „Reaktionskontrolle“ ($p = 0,014$). Je stärker die eigene Reaktion unter Kontrolle gehalten wird, desto höher die Gesundheitsbeschwerden (Beta = 0,25). Die Stressverarbeitungsstrategie „Situationskontrolle“ hat keinen signifikanten Einfluss auf die Beschwerdensumme, der p-Wert liegt mit 0,058 aber nahe an der Signifikanzgrenze von 0,05. Die unabhängige Variable „Positive Selbstinstruktion“ zeigt ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang ($p = 0,142$) mit der abhängigen Variable „Beschwerdensumme“ auf.

Tab. 86: Modellzusammenfassung: **Resignation auf Beschwerdensumme (FBL-R)**

R	R ²	p
0,35	0,12	<,001

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab. 87: Detailstatistik: **Resignation auf Beschwerdensumme**

	Beta	T-Wert	p
Resignation (SVF)	0,35	4,63	<,001

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

Die unabhängige Variabel „Resignation“ steht in einem hoch signifikanten Zusammenhang ($p < 0,001$) mit der abhängigen Variable „Beschwerdensumme“. Je höher die Resignation und Hilflosigkeit, desto höher die gesundheitlichen Beschwerden (Beta = 0,35).

Tab. 88: Modellzusammenfassung: **Bedrohtes Ansehen/Status auf Beschwerdensumme**

R	R ²	p
0,42	0,18	<,001

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab. 89: Detailstatistik: **Bedrohtes Ansehen/Status auf Beschwerdensumme**

	Beta	T-Wert	p
Erfolgsdruck (TICS)	-0,01	-0,12	,905
Mangel an Anerkennung (TICS)	0,25	3,01	,003
Überforderung bei der Arbeit (TICS)	0,25	2,86	,005

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

Die Bedrohung des eigenen Ansehens und Status zeigt einen hoch signifikanten ($p < 0,001$) Zusammenhang mit der Beschwerdensumme. Dafür verantwortlich sind die unabhängigen Variablen „Mangel an Anerkennung“ und „Überforderung bei der Arbeit“, die einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Beschwerdensumme“ aufweisen ($p = 0,003$ und $p = 0,005$). Je größer der Mangel an sozialer Anerkennung ist, desto höher die gesundheitlichen Beschwerden (Beta = 0,25). Und je mehr Überforderung im Alltag erlebt wird, desto mehr Beschwerden treten auf (Beta = 0,25).

Die Variable Erfolgsdruck hingegen steht in keinem signifikanten Zusammenhang ($p = 0,905$) mit der Beschwerdensumme.

Tab. 90: Modellzusammenfassung: **Social support auf Krankheitseinschätzung**

R	R ²	p
0,40	0,16	<,001

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab. 91: Detailstatistik: **Social Support auf Krankheitseinschätzung**

	Beta	T-Wert	p
Soziale Isolation (TICS)	0,24	2,02	,045
Soziales Unterstützungsbedürfnis (SVF)	0,12	1,58	,115
Soziale Abkapselung (SVF)	0,11	1,33	,183
Umfreiwilliges Alleinsein	0,10	0,90	,367

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

„Social Support“ erklärt in hoch bedeutsamer Weise ($p < 0,001$) die Häufigkeit von Erkrankungen. Die Detailstatistik zeigt, dass die unabhängige Variable „soziale Isolation“ in einem signifikanten Zusammenhang ($p = 0,045$) mit der abhängigen Variable der

„Krankheitseinschätzung“ steht. Je stärker soziale Isolation auftritt, desto höher die Häufigkeiten von Erkrankungen (Beta = 0,24).

„Soziales Unterstützungsbedürfnis“ weist keinen signifikanten Einfluss auf die „Krankheitseinschätzung“ auf (p = 0,115). Auch „soziale Abkapselung“ (p = 0,183) und „unfreiwilliges Alleinsein“ (p = 0,183) ergeben keinen bedeutsamen Zusammenhang mit der Häufigkeit von Erkrankungen.

Tab. 92: Modellzusammenfassung: **Kohärenzsinn auf Krankheitseinschätzung**

R	R ²	p
0,44	0,20	<0,001

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab. 93: Detailstatistik: **Kohärenzsinn auf Krankheitseinschätzung**

	Beta	T-Wert	p
Kohärenzsinn (SOC)	-0,44	-6,02	<0,001

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

Es besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und Krankheitseinschätzung (p < 0,001). Je höher der Kohärenzsinn, desto geringer die Erkrankungshäufigkeit in den letzten sechs Monaten (Beta = -0,44).

Tab. 94: Modellzusammenfassung: **Kontrollierbarkeit auf Krankheitseinschätzung**

R	R ²	p
0,11	0,01	,572

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab. 95: Detailstatistik: **Kontrollierbarkeit auf Krankheitseinschätzung** (lzt Jahr krank?)

	Beta	T-Wert	p
Situationskontrolle (SVF)	-0,03	-0,33	,736
Reaktionskontrolle (SVF)	0,14	1,38	,169
Positive Selbstinstruktion (SVF)	-0,10	-0,88	,376

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Kontrollierbarkeit und Krankheitseinschätzung (p = 0,572). Die unabhängige Variable „Situationskontrolle“ erklärt die Häufigkeit von Erkrankungen nicht in signifikanter Weise (p = 0,736). Das gleiche gilt für Reaktionskontrolle (p = 0,169) und für positive Selbstinstruktion (p = 0,376).

Tab. 96: Modellzusammenfassung: **Resignation auf Krankheitseinschätzung**

R	R ²	p
0,17	0,03	,029

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab. 97: Detailstatistik: **Resignation auf Krankheitseinschätzung (Izt Jahr krank?)**

	Beta	T-Wert	p
Resignation (SVF)	0,17	2,20	,029

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

Resignation und Hilflosigkeit stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Häufigkeit von Erkrankungen (p = 0,029). Je stärker die Erfahrung von Resignation, desto höher sind die Erkrankungen (Beta = 0,17).

Tab. 98: Modellzusammenfassung: **Bedrohtes Ansehen auf Krankheitseinschätzung**

R	R ²	p
0,41	0,16	<,001

R multipler Regressionskoeffizient R² Quadrat des multiplen Regressionskoeffizienten p Signifikanz

Tab. 99: Detailstatistik: **Bedrohtes Ansehen auf Krankheitseinschätzung**

	Beta	T-Wert	p
Erfolgsdruck (TICS)	-0,16	-1,97	,050
Mangel an Anerkennung (TICS)	0,18	2,21	,028
Überforderung bei der Arbeit (TICS)	0,32	3,64	<,001

Beta standardisierter Regressionskoeffizient T-Wert T-Statistik p Signifikanz

Die Bedrohung des eigenen Ansehens und Status erklärt hoch signifikant die Häufigkeit von Erkrankungen (p < ,001). Die Detailstatistik zeigt, dass die unabhängige Variable „Überforderung“ einen hoch signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Krankheitseinschätzung“ hat (p <,001). Je größer die Überforderung ist, desto höher ist die Erkrankungshäufigkeit (Beta = 0,32). Auch der Mangel an sozialer Anerkennung steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Krankheitseinschätzung (p = 0,028). Je höher der Mangel an sozialer Anerkennung, desto höher das Erkrankungsrisiko. (Beta = 0,18). Die Variable „Erfolgsdruck“ weist einen p-Wert mit 0,050 genau an der Signifikanzgrenze auf. Der Zusammenhang ist „negativ“ (Beta = -0,16). Je größer der Erfolgsdruck, desto geringer die Erkrankungshäufigkeit.

Tab. 100: Gleichheitstest der Gruppenmittel: **Social Support**

	Wilks Lambda	F-Wert	df1	df2	p
Soziale Isolation (TICS)	0,97	4,57	1	146	,034
Soziales Unterstützungsbedürf. (TICS)	1,00	0,03	1	146	,843
Soziale Abkapselung (TICS)	0,99	1,46	1	146	,228
Unfreiwilliges Alleinsein	0,95	7,32	1	146	,008

Wilks Lambda = Statistik der Diskriminanzanalyse F-Wert F-Statistik df Freiheitsgrade p Signifikanz

Tab. 101: Klassifizierungsergebnisse: **Social Support**

			Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			vermehrt krank	weniger krank	
Original	Anzahl	1 vermehrt krank	32	30	62
		2 weniger krank	32	54	86
	%	1 vermehrt krank	51,6	48,4	100,0
		2 weniger krank	37,2	62,8	100,0

58,1% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Die unabhängige Variable „soziale Isolation“ hat einen signifikanten Einfluss auf die beiden Morbiditätscluster „vermehrt und weniger krank“ ($p = 0,034$). Krankheit ist von sozialer Isolation abhängig. Das gleiche gilt für die Variable „unfreiwilliges Alleinsein“, die signifikant zwischen den Clustern „vermehrt krank“ und „weniger krank“ differenziert ($p = 0,008$). „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ ($p = 0,843$) und „soziale Abkapselung“ ($p = 0,228$) hingegen erklären keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Morbiditätsclustern. Vergleicht man die empirischen Morbiditätsgruppen anhand der unabhängigen Variablen „soziale Isolation“ und „unfreiwilliges Alleinsein“ ergeben sich folgende Ergebnisse: Von 62 „vermehrt Kranken“ werden 32 auch als „vermehrt krank“ und 30 als „weniger krank“ kategorisiert. Von 86 Personen, die als „weniger krank“ eingestuft werden, werden 54 richtig als „weniger krank“ und nur 32 falsch als „vermehrt krank“ zugeordnet. „Vermehrt Kranke“ sind schlechter zu prognostizieren als „weniger Kranke“. Weniger soziale Isolierung und Alleinsein führt zu weniger Morbidität. Die Gesamteinschätzung und Over-All Prognose beträgt 58,1%. Der statistische Gewinn über die Zufallswahrscheinlichkeit von 50% macht 8,1% aus.

Tab. 102: Gleichheitstest der Gruppenmittel: **Kohärenzsinn**

	Wilks Lambda	F-Wert	df1	df2	p
Kohärenzsinn (SOC)	0,91	13,58	1	145	<,001

Wilks Lambda = Statistik der Diskriminanzanalyse F-Wert F-Statistik df Freiheitsgrade p Signifikanz

Tab. 103: Klassifizierungsergebnisse: **Kohärenzsinn**

			Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			vermehrt krank	weniger krank	
Original	Anzahl	1 vermehrt krank	38	23	61
		2 weniger krank	31	55	86
	%	1 vermehrt krank	62,3	37,7	100
		2 weniger krank	36	64	100

63,3% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Die beiden Morbiditätscluster unterscheiden sich hoch signifikant in der unabhängigen Variable „Kohärenzsinn“ ($p < 0,001$). Das Cluster „vermehrt krank“ hat einen höheren Kohärenzsinn-Mittelwert (MW 54,84) als das Cluster „weniger krank“ (MW 62,66). Ein höherer Kohärenzsinn heißt weniger chronische Krankheiten.

Die Klassifizierungsergebnisse der Diskriminanzanalyse zeigen, dass von 100% „vermehrt Kranken“ auch 62,3% als „vermehrt krank“ und 37,7% als „weniger krank“ kategorisiert werden. Von allen Personen, die als „weniger krank“ eingestuft werden, werden 64% richtig als „weniger krank“ und nur 36% falsch als „vermehrt krank“ zugeordnet. Die Prognosen sind bei den Kränkeren wie bei den Gesünderen ähnlich strukturiert. Die Gesamtprognose beträgt 63,3%. Die Fehlerquote liegt also bei 36,7%.

Tab. 104: Gleichheitstest der Gruppenmittel: **Kontrollierbarkeit**

	Wilks Lambda	F-Wert	df1	df2	p
Situationskontrolle (SVF)	0,99	1,24	1	146	,267
Reaktionskontrolle (SVF)	0,99	0,35	1	146	,552
Positive Selbstinstruktion (SVF)	1,00	0,00	1	146	,995

Wilks Lambda = Statistik der Diskriminanzanalyse F-Wert F-Statistik df Freiheitsgrade p Signifikanz

Tab. 105: Klassifizierungsergebnisse: **Kontrollierbarkeit**

			Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			vermehrt krank	weniger krank	
Original	Anzahl	1 vermehrt krank	38	24	62
		2 weniger krank	35	51	86
	%	1 vermehrt krank	61,3	38,7	100
		2 weniger krank	40,7	59,3	100

60,1% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Die unabhängige Variable „Situationskontrolle“ kann die Unterschiede zwischen den beiden Clustern mit vermehrter bzw. weniger Morbidität nicht signifikant erklären ($p = 0,267$). Ebenfalls zeigt sich kein signifikanter Einfluss der Stressverarbeitungsstrategie „Reaktionskontrolle“ auf das Erkrankungsrisiko ($p = 0,552$). Das gleiche gilt für die Variable „Positive Selbstinstruktion“, die nicht signifikant ($p = 0,995$) zwischen den Morbiditätsclustern differenzieren kann.

Von den „vermehrt Kranken“ werden 61,3% richtig als „vermehrt krank“ klassifiziert, 38,7% als „weniger krank“. Bei den „weniger Kranken“ sind es 59,3%, die richtig als „weniger krank“ zugeordnet werden, 40,7% falsch als „vermehrt krank“. Die Over-All Prognose beträgt 60,1%.

Tab. 106: Gleichheitstest der Gruppenmittel: **Resignation**

	Wilks Lambda	F-Wert	df1	df2	p
Resignation (SVF)	0,98	2,35	1	146	,127

Wilks Lambda = Statistik der Diskriminanzanalyse F-Wert F-Statistik df Freiheitsgrade p Signifikanz

Tab. 107: Klassifizierungsergebnisse: **Resignation**

			Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			vermehrt krank	weniger krank	
Original	Anzahl	1 vermehrt krank	31	31	62
		2 weniger krank	30	56	86
	%	1 vermehrt krank	50	50	100
		2 weniger krank	34,9	65,1	100

58,8% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Die unabhängige Variable „Resignation“ kann die Unterschiede zwischen den beiden Morbiditätsclustern nicht signifikant erklären ($p = 0,127$).

In den Klassifizierungsergebnissen kann man erkennen, dass von den 62 „vermehrt Kranken“ 31 richtig als „vermehrt krank“ prognostiziert werden, 31 aber auch falsch als „weniger krank“, also 50% zu 50%. Im Cluster der „weniger Kranken“ sind es 56 von insgesamt 86, die richtig zugeordnet werden; 30 werden falsch als weniger krank klassifiziert. Das entspricht einem prozentuellen Verhältnis von 65,1% zu 34,9%.

Die Gesamteinschätzung beträgt 58,8%.

Tab. 108: Gleichheitstest der Gruppenmittel: **Bedrohtes Ansehen**

	Wilks Lambda	F-Wert	df1	df2	p
Erfolgsdruck (TICS)					,133
Mangel an Anerkennung (TICS)					,033
Überforderung (TICS)					,303

Wilks Lambda = Statistik der Diskriminanzanalyse F-Wert F-Statistik df Freiheitsgrade p Signifikanz

Tab. 109: Klassifizierungsergebnisse: **Bedrohtes Ansehen**

			Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			vermehrt krank	weniger krank	
Original	Anzahl	1 vermehrt krank	37	25	62
		2 weniger krank	37	49	86
	%	1 vermehrt krank	59,7	40,3	100
		2 weniger krank	43	57	100

58,1% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert

Die unabhängige Variable „Mangel an Anerkennung“ hat einen signifikanten Einfluss auf die beiden Morbiditätscluster „vermehrt und weniger krank“ ($p = 0,033$). Chronische Erkrankung ist vom Mangel an Anerkennung abhängig. Der Mittelwert der Skala „mangelnde Anerkennung“ im Cluster „vermehrt krank“ ist mit 7,11 höher als der Mittelwert im Cluster „weniger krank“ mit 5,90. Ein höherer Mangel an Anerkennung geht mit vermehrter Erkrankung einher.

„Erfolgsdruck“ ($p = 0,133$) und „Überforderung“ ($p = 0,303$) hingegen erklären keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Morbiditätsclustern.

Von 62 „vermehrt Kranken“ werden 37 (59,7%) auch als „vermehrt krank“ und 25 (40,3%) als „weniger krank“ kategorisiert. Von 86 Personen, die als „weniger krank“ eingestuft werden, werden 49 (57%) richtig als „weniger krank“ und 37 (43%) falsch als „vermehrt krank“ zugeordnet. Die Over-All Prognose beträgt 58,1%.

4. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

4.1. Chronischer Stress und Armut/soziale Ungleichheit

„Chronischer Stress“ tritt bei Armutsbetroffenen hoch signifikant stärker auf als bei Nicht-Armen ($p < 0,001$). Damit reiht sich dieses Ergebnis in die Forschungsarbeiten ein, die bei Armutsbetroffenen ein hohes Ausmaß an chronischer Stressbelastung feststellen (vgl. Salentin, 2002) und widerlegt gleichzeitig Vorstellungen von einem ruhigen und angenehmen Leben Armutsbetroffener in der „sozialen Hängematte“.

Interessant ist, dass bei „Armutsgefährdeten“, die unter keinem Anzeichen von Deprivation leiden, der Mittelwert der Screeningskala „chronischer Stress“ höher als bei „akut Armen“ ausfällt, eingeschränkt aber auch mit einer höheren Standardabweichung als bei den „akut Armen“. Auch bei der Frage nach dem subjektiven Stressgefühl „Haben Sie das Gefühl im Stress zu sein?“ kommt es zu den gleichen Ergebnissen. Eine Erklärung dafür wäre, dass die Angst vor dem weiteren Abstieg noch ein höheres Ausmaß an Stress hervorruft als sie es für diejenigen, die in akuter Armut leben, bereits tut.

Frauen leiden signifikant stärker unter chronischem Stress als Männer ($p = 0,24$). Auch dieses Ergebnis entspricht der Erwartung. Ob arm oder reich, Frauen haben mit der Doppelbelastung von Beruf und Familie eine höhere Dauerbelastung zu tragen. Und sie sind diejenigen, denen das emotionale Management in Form der Care-Arbeit mit Kindern oder Pflegebedürftigen, aber auch in der Berufswelt zugewiesen wird.

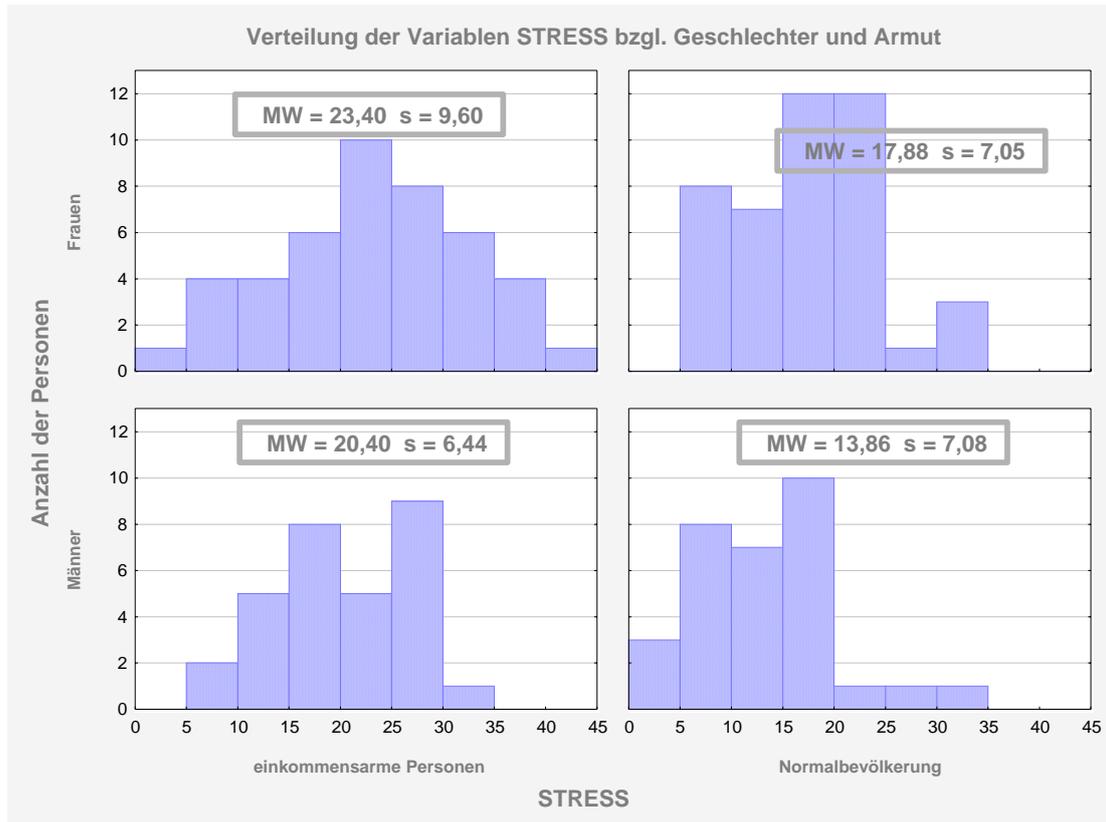
Sieht man sich die Häufigkeitsverteilung (Abbildung 16) zwischen Geschlecht und Armut an, dann fällt auf, dass einkommensarme² Frauen von extrem hohen Werten chronischen Stresses betroffen sind, einkommensarme Männer nicht. Weiters ist zu sehen, dass der Abstand einkommensarmer Frauen (MW 23,40) von Männern der „Normalbevölkerung“ (MW 13,86) am deutlichsten ausgeprägt ist.

Der soziale Status hingegen zeigt keine signifikanten Auswirkungen auf chronischen Stress. Allerdings steigen die Mittelwerte von der untersten zur obersten Schicht graduell an und der Abstand von der untersten E-Schicht zur obersten A-Schicht ist auffällig groß.

² Einkommensarmut bezeichnet hier alle Personen in Haushalten unter der Einkommensarmutsgrenze. Das sind alle „akut/manifest Armen“ und „Armutsgefährdeten“ zusammen.

Dieses Bild bekommen wir noch bei vielen Variablen im Zusammenhang mit dem sozialen Status zu sehen. Es kann vermutet werden, dass bei einer höheren Stichprobe diese Effekte signifikant sein könnten.

Abb. 16: Verteilung der Variablen chronischer Stress bzgl. Geschlechter und Armut.



Wer verschuldet ist, leidet unter höherem chronischem Stress als diejenigen ohne Überschuldung. Der Lebensalltag unter Schuldendruck bringt Belastung von meist langer Dauer ohne erkennbares Ende.

Überraschend, dass zwischen Arbeitslosen und „JobinhaberInnen“ keine bedeutsamen Unterschiede festgestellt werden konnten. Vermutlich hat die in der Stichprobe gut vertretene Gruppe der „working poor“ zu diesem Ergebnis beigetragen. Der Mittelwert der Arbeitslosen (MW 22,06) im chronischen Stress ist so hoch wie der der akut Armen (MW 22,30), der der Nicht-Arbeitslosen (18,06) weit über dem der Normalbevölkerung (14,65).

Chronische Besorgnis kann als internale Quelle von Stress gesehen werden (vgl. Schulz et al., 2004). Sie kann stressverstärkend sein, wenn man sich Sorgen macht, eine Belastung

zu bewältigen, oder auch stresserzeugend wirken, wenn es sich stärker um eine Persönlichkeitsdisposition handelt. Armutsbetroffene äußern hoch signifikant stärkere chronische Besorgnis als Nicht-Arme ($p < 0,001$). Hier entsteht ein Teufelskreis zwischen hoher chronischer Stressbelastung und hoher Besorgnis, die wieder Stress auslöst.

In eine ähnliche Richtung gehen die Ergebnisse zum Allgemeinbefinden der Befragten. Armutsbetroffene, akut Arme wie Armutsgefährdete, leiden unter Stress, Gesundheitssorgen und einem beeinträchtigten Allgemeinempfinden; und das viel stärker als die Normalbevölkerung ($p = 0,001$).

Armutsbetroffene fühlen sich häufiger matt, benommen, weniger leistungsfähig und ermüden schneller als die Normalbevölkerung ($p < 0,001$). Das entspricht zahlreichen Studien, die auf eine höhere Neigung von Menschen mit niedrigem Einkommen zu depressiven Verstimmungen verweisen (vgl. Orpana & Lemyre, 2004). Dazu passen auch die Ergebnisse in dieser Untersuchung zu Einschlaf- und Durchschlafstörungen, die beide bei Armutsbetroffenen signifikant öfter ($p = 0,018$; $p = 0,013$) auftreten als in der Normalbevölkerung.

Neben der Armut zeigen sich beim Geschlecht durchgehend signifikante Zusammenhänge mit chronischer Besorgnis und Allgemeinbefinden. Die höhere chronische Besorgnis bei Frauen ist aufgrund der Literatur erwartbar, Schulz et al. (2002) nennt die Besorgnisneigung als zentrale Variable für die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die sich weiters auf andere Stressindikatoren auswirken.

Von Mattheit und Müdigkeit sind Frauen signifikant stärker betroffen als Männern. Bei Einschlafstörungen zeigen sich ebenfalls bedeutsame Unterschiede, nicht aber bei Durchschlafstörungen.

Die fünf sozioökonomischen Schichten weisen mit chronischer Besorgnis oder dem Allgemeinbefinden keinen signifikanten Zusammenhang auf. Auch mit Mattheit und den Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten nicht. Einzig beim Stressgefühl unterscheiden sich die Befragten nach dem sozialen Status. Am stärksten im Stress fühlt sich die mittlere C-Schicht, gefolgt von den jeweiligen Extremen, der obersten A- und der untersten E-Schicht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Armut und Geschlecht den größten Einfluss auf chronischen Stress haben. Einkommensarme Frauen sind davon am stärksten betroffen. Chronische Besorgnis mit ihrer stressvermehrenden Wirkung tritt bei Armutsbetroffenen öfter auf als bei Nicht-Armen. Schwer beeinträchtigt ist auch das Allgemeinbefinden. Gleichzeitig fühlen sich Armutsbetroffene häufiger matt, benommen, weniger leistungsfähig und ermüden schneller als die Normalbevölkerung. Häufiger leiden sie unter Einschlaf- und Durchschlafstörungen.

4.2. Stressverarbeitung und Armut/soziale Ungleichheit

Positivstrategien, die Stress reduzieren, ergreifen Einkommensarme in ähnlicher Weise ($p = 0,748$) wie die nicht-arme Bevölkerung (siehe Abbildung 17). Unterteilt man die Einkommensarmen in „akut Arme“ und „Armutsgefährdete“ ergibt sich sogar ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,029$), der akut Arme mit dem höchsten Einsatz an Positivstrategien ausweist. Gleichzeitig wenden Einkommensarme hoch signifikant mehr stresserhöhende Negativstrategien an als die Normalbevölkerung (siehe Abbildung 18).

Armutsbetroffene ergreifen also im selben Maße wie die nicht-arme Bevölkerung positive Strategien, um Stress zu vermindern. Salentin (2002) hat bereits darauf hingewiesen, dass Arme hier nicht anders agieren als der Bevölkerungsdurchschnitt. Es braucht viel Einfallsreichtum und Geschick unter schwierigsten Bedingungen den Alltag zu bewältigen. Aber all das geschieht unter hohem Energie- und Ressourcenaufwand. Denn gleichzeitig liegen sie bei den Negativstrategien signifikant über dem Durchschnitt der Normalbevölkerung. Nach dem Ressourcenmodell Hobfolls sind „Verlustspiralen (...) stärker und entwickeln sich auch schneller als Gewinnspiralen“ (Hobfoll & Buchwald, 2003, S. 15). Ein Ressourcenverlust ist bedeutsamer als ein Ressourcengewinn. Die gute Performance Armutsbetroffener bei den Positivstrategien wird also durch die schlechte bei den Negativstrategien mehr als konterkariert.

Dazu kommt, dass manche der Skalen der Positivstrategien wie „Bagatellisieren“, „Herunterspielen“ oder „Ablenkung“ Stress nur kurzfristig reduzieren; ob sie auf längere Dauer stressvermindernd wirken, ist fraglich.

Abb. 17: Verteilung Positivstrategien getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.

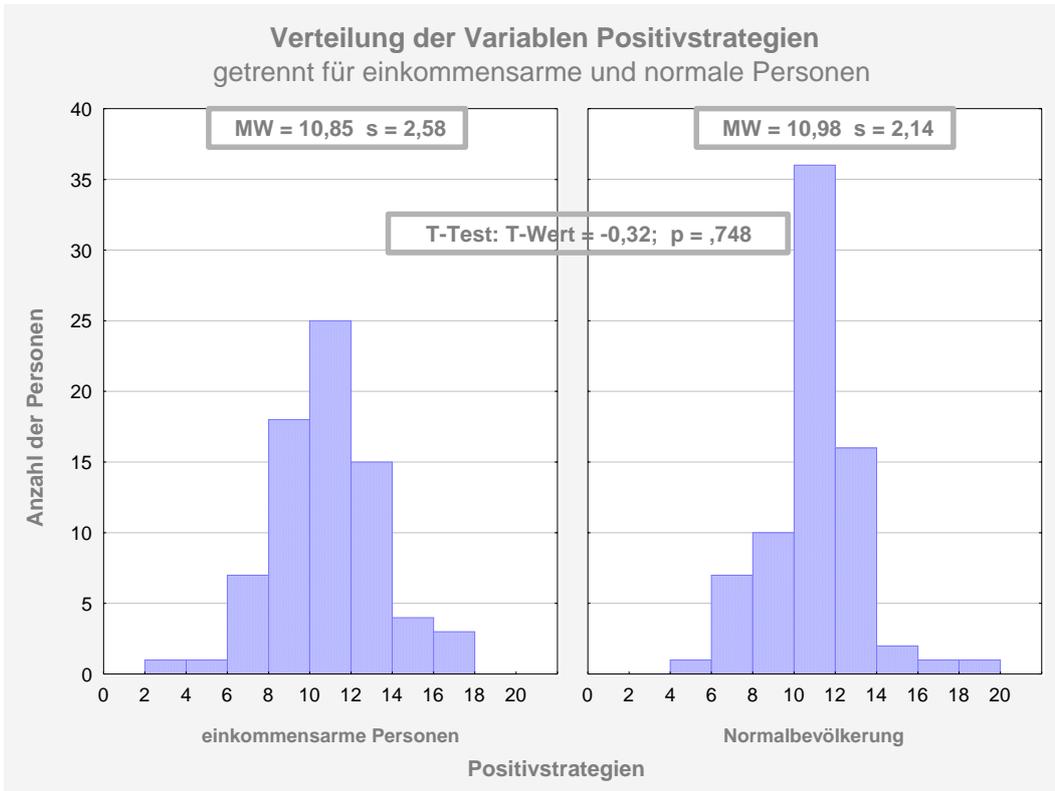
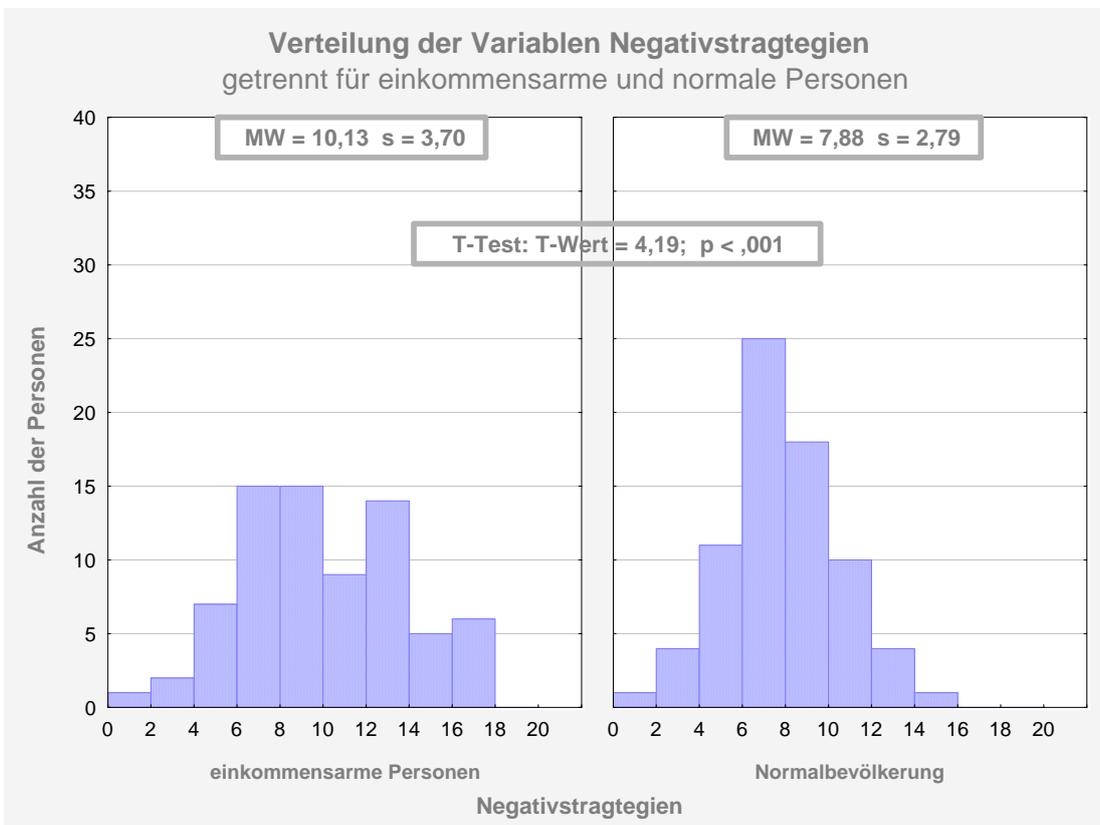


Abb. 18: Verteilung Negativstrategien getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.



Die Situation zu analysieren und Handlungen zur Problemlösung zu planen, darin unterscheiden sich Armutsbetroffene und Normalbevölkerung nicht voneinander („...mache ich mir einen Plan, wie ich...“). Gleiches gilt für die Strategie, eigene Reaktionen unter Kontrolle zu bringen („...sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren“). Hier zeigt sich, dass Armutsbetroffene in der Lage sind, eine Reihe von positiven „Kontroll-Strategien“ zu mobilisieren, ähnlich wie andere Teile der Bevölkerung. Signifikanten Einfluss hat Armut aber auf die Stressverarbeitungsstrategie, sich selbst Kompetenz und Kontrollvermögen zuzusprechen („...sage ich mir, du kannst damit fertig werden.“). Armutsgefährdete haben die niedrigsten Werte in „positiver Selbstinstruktion“, die nicht-arme Bevölkerung die höchsten. Das entspricht den in der Literatur geäußerten Vermutungen, dass einkommensschwächere Personen eine geringer Kompetenzerwartung und Selbstwirksamkeit aufweisen. Eindeutige Ergebnisse bringt auch die Skala „Resignation“. Personen unter der Armutsschwelle geben signifikant öfter ($p = 0,001$) mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit auf („...neige ich dazu zu resignieren“).

In dieselbe Richtung weisen die Ergebnisse beim Kohärenzsinn. Armutsbetroffene haben einen hoch signifikant geringeren Kohärenzsinn als die Normalbevölkerung. Auch der soziale Status zeigt einen bedeutsamen Effekt. Von der untersten E-Schicht steigt der Kohärenzsinn graduell an bis zu den beiden obersten A- und B-Schichten. Überraschend nur, dass die B-Schicht einen höheren „Sense of Coherence-Wert“ hat als die oberste A-Schicht. Die Ergebnisse sprechen jedenfalls nicht unbedingt für Antonovskys Behauptung, der Kohärenzsinn wäre sozial stabil und mit der Kindheit abgeschlossen. Wenn der Kohärenzsinn eine der zentralen Ressourcen in der Belastungsbewältigung ist, dann steht er in der Armutspopulation weniger „zur Verfügung“. Das bestätigt die These, dass nicht nur die Belastungen ungleich verteilt sind, sondern auch die Ressourcen sie zu bewältigen.

Menschen unter der Armutsgrenze erleben einen signifikant größeren Mangel an Anerkennung als die Normalbevölkerung. Sie werden häufiger abgelehnt, obwohl sie sich Mühe geben, es allen recht zu machen; und sie werden häufiger für ihre Leistung nicht angemessen entlohnt. Gleichzeitig leiden sie unter hoch signifikant stärkerer Überforderung in ihrem Alltag und ihrer Arbeit als die nicht-arme Bevölkerung. Es ist die

Erfahrung des Scheiterns und des erfolglosen Bemühens, die in der Variable „Überforderung“ steckt. Überforderung bei geringer Anerkennung, intensive Beanspruchung ohne Gratifikationen führt in die von Siegrist (2008) beschriebene Gratifikationskrise. Armutsbetroffene sind davon am stärksten betroffen.

Eine zweite Gruppe der Sozialdaten weist dieselbe Kombination auf: Personen mit Schulden. Sie unterscheiden sich signifikant in mangelnder Anerkennung und Überforderung von Personen ohne Schulden.

Wenn man sich die Ergebnisse bei „Erfolgsdruck“ ansieht, unterscheiden sich Armuts- und Normalbevölkerung nicht voneinander. Effekte zeigen sich aber bei Schulden und dem sozialen Status. Überschuldete haben höheren Druck und Angst vor sozialer Zurückweisung als Personen ohne Schulden. Und die statushöheren A- und B-Schichten äußern signifikant höheren Erfolgsdruck als die unteren D- und E-Schichten. Das Bild, das sich hier ergibt, ist doppeldeutig. Zum einen haben diejenigen, die mehr an sozialem Status besitzen, auch mehr zu verlieren – und müssen mit hohem Druck ihre soziale Position wahren. Zum anderen haben diejenigen, die wenig haben, kein Interesse auch noch ihr Ansehen zu verlieren – und müssen mit hohem Druck die Fassade aufrecht erhalten. Bei Überschuldeten trifft das zu. Bei Armutsbetroffenen hätten wir uns ein signifikantes Auftreten dieses „Schamindikators“ erwartet. Scham bzw. Beschämung ist aber auch mit der fehlenden sozialen Anerkennung und dem erfolglosen Bemühen („Überforderung“) verknüpft (vgl. Neckel, 2008).

In der Strategie, soziale Unterstützung und Hilfe zu suchen („...versuche ich mit irgendjemandem über das Problem zu sprechen“), unterscheiden sich Armutsbetroffene und die Normalbevölkerung nicht. Signifikant ausgeprägter ($p = 0,026$) ist aber die Neigung von Menschen unter der Armutsgrenze, sich sozial abzukapseln („...meide ich Menschen“). Eine möglichen Erklärung liefert die Variable „soziale Isolation“, in der sowohl „akut Arme“ als auch „Armutgefährdete“ signifikant öfter ($p < 0,001$) als die Normalbevölkerung über einen Mangel an Kontakten klagen. Die Suche nach sozialer Unterstützung scheint für Armutsbetroffene nur beschränkt erfolgreich zu sein. Es gibt zu wenig soziale Kontakte und zu häufig keine Gelegenheit, sich mit anderen auszusprechen. Das ist eine Ressource, die nicht eingelöst werden kann. Diese Ergebnisse decken sich mit den in der Literatur beschriebenen fehlenden sozialen Kontakten von Armutsbetroffenen

(Statistik Austria, 2008a). Die erfolglose Suche nach sozialer Unterstützung entspricht einem stressinduzierenden „non-event“ nach Wheaton (1997). Positive und erwartete Ereignisse treffen nicht ein. Und nach der Theorie der Ressourcenerhaltung von Hobfoll sticht der Ressourcenverlust den Ressourcengewinn. Denn die Strategie sich abzukapseln und andere zu meiden, ergreifen Armutsbetroffene mit signifikantem Unterschied viel öfter als die nicht-arme Bevölkerung.

Neben Armut ist es einzig das Alter, das beinahe durchgehend signifikante Effekte auf die Stressverarbeitungsstrategien aufweist. Die Ergebnisse weisen in die Richtung, dass Ältere mehr Positivstrategien und weniger Negativstrategien ergreifen als Jüngere. Sie unterscheiden sich mit einer stärkeren Reaktionskontrolle und größere positiver Selbstinstruktion signifikant von den Jüngeren. Die Zusammenhänge sind in dieser Stichprobe nicht damit erklärbar, dass die Jüngeren in den unteren Einkommensgruppen vertreten sind, die Älteren in den oberen (siehe Stichprobenbeschreibung).

Bei Personen, die arbeitslos sind, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zu Nicht-Arbeitslosen, - außer in der Strategie, die Situation durch Planung zu kontrollieren. „Situationskontrolle“ aktivieren Arbeitslose in höherem Ausmaß als JobinhaberInnen. Dass sich sonst keine Effekte zeigen, hängt mit der großen Gruppe der „Working Poor“ in der Stichprobe zusammen, deren prekäre Lebenszusammenhänge in den untersuchten Stressverarbeitungsvariablen Arbeitslosen näher kommt als Erwerbstätigen.

Frauen und Männer zeigen in den Stressverarbeitungsstrategien überraschenderweise keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenfassend ergibt sich, dass Armut und Alter den größten Einfluß auf die abgefragten Stressverarbeitungsstrategien haben. Die gute Performance Armutsbetroffener bei den Positivstrategien wird durch die schlechte bei den Negativstrategien mehr als konterkariert. Menschen unter der Armutsgrenze können eine Reihe von positiver Strategien zur Stressverarbeitung mobilisieren wie Situations- und Reaktionskontrolle oder die Suche nach Unterstützung. Die fehlende Selbstwirksamkeit und Kompetenzerwartung samt hoher Resignation führen aber zu starkem

Ressourcenverlust. Der Kohärenzsinn ist deutlich niedriger als in der Normalbevölkerung. Weiters treten bei Armutsbetroffenen „chronisch“ Gratifikationskrisen auf. Mangel an Anerkennung und erfolgloses Bemühen zusammen mit der signifikanten Tendenz, sich sozial zurückzuziehen, lassen weiters auf hohe Scham schließen.

4.3. Gesundheitsbeschwerden und Armut/soziale Ungleichheit

Armut zeigt einen bedeutsamen Einfluss auf die subjektiven Gesundheitsbeschwerden, auf die Krankheitshäufigkeit in einem Halbjahr und auf die Anzahl chronischer Erkrankungen. Armutsbetroffene unterscheiden sich signifikant ($p = 0,001$) in ihrer aktuellen Befindlichkeit und ihren Gesundheitsbeschwerden von der Normalbevölkerung. Sie haben ein stärker beeinträchtigtes Befinden und Körpererleben. Wenn man nach den Krankheitshäufigkeiten des letzten halben Jahres fragt, sind es auch Menschen unter der Armutsgrenze, die davon am häufigsten betroffen sind ($p = 0,001$). Und unter chronischen Erkrankungen leidet die Armutspopulation am meisten ($p < 0,001$). „Akut Arme“ weisen die höchste Morbidität auf, gefolgt von „Armutgefährdeten“ und der Normalbevölkerung. Diese Ergebnisse folgen den empirischen Befunden der Public Health Forschung, dass Armut und soziale Ungleichheit mit erhöhter Morbidität in Zusammenhang steht. Teilt man die Haushaltseinkommen der Stichprobe mittels Median in zwei Gruppen, kommt man zum selben Schluss: die unteren Einkommen weisen signifikant höhere Morbidität auf als die oberen Einkommen ($p = 0,003$).

Wenn wir den sozialen Status in den Blick nehmen, differenziert er signifikant in der Anzahl chronischer Erkrankungen ($p = 0,009$). Die Morbidität folgt, wie in der Literatur beschrieben, einem Gradienten, der von der höchsten zur niedrigsten sozialen Schicht ansteigt.

Bei den subjektiven Gesundheitsbeschwerden und der Krankheitshäufigkeit im letzten Halbjahr ergeben sich keine signifikanten Unterschiede nach dem sozialen Status. Aber es ist auffällig, dass ein gradueller Anstieg der Beschwerden von der obersten A-Schicht hinunter zur E-Schicht sichtbar wird: in der Beschwerdensumme, Herz-Kreislauf, Kopf-

Hals Syndrom, Schmerz, Sensorik und der Krankheitshäufigkeit im letzten halben Jahr. Es ist zu vermuten, dass eine größere Stichprobe hier Signifikanzen ergeben könnte.

Unter welchen Beschwerden leiden Armutsbetroffene nun im Vergleich zur restlichen Bevölkerung am stärksten? Die Beschwerdenliste weist für Herz-Kreislauf Beschwerden ($p = 0,007$), Anspannung ($p = 0,005$) emotionale Reaktivität ($p = 0,020$) und Schmerz ($p = 0,020$) signifikante Unterschiede zur nicht-armen Bevölkerung aus; bei Magen-Darm Beschwerden ergibt sich knapp keine Signifikanz ($p = 0,061$), bei Sensorik ($p = 0,311$) und Kopf-Hals Syndrom ($p = 0,170$) zeigen sich ebenfalls keine Unterschiede..

Der Zusammenhang von Armut und Herz-Kreislaufbeschwerden findet sich in zahlreichen empirischen Studien. Auch Siegrists (2008) Gratifikationskrise ist mit Herz-Kreislauf-Belastung verbunden. Anspannung, emotionale Reaktivität und Schmerz interkorrelieren miteinander (vgl. Fahrenberg, 1994). Die Betroffenen haben häufiger Schweißausbrüche und sind zittrig („Anspannung“), ihnen kommen leichter die Tränen, sie stottern und erröten öfters („emotionale Reaktivität“), sie haben mehr Beschwerden im Nacken- und Kreuzbereich wie Missempfindungen in den Gliedmaßen („Schmerz“). In Armutssituationen sind Menschen in der Regel nicht „locker“, sondern das Gegenteil: verkrampt, emotional unsicher und empfindlich. Die „akut Armen“ leiden erwartungsgemäß unter den größten Beschwerden. Nur bei „emotionaler Reaktivität“ liegen die Werte der „Armutgefährdeten“ am höchsten. Möglicherweise ein Hinweis auf die noch größere Bedrohung durch Statusverlust der „Vorletzten“: Erröten, Stottern, Tränenausbruch ist stark mit Scham bzw. Beschämung assoziiert.

Neben der Armut ist es, wie beim chronischen Stress, das Geschlecht, das den stärksten Einfluss auf Gesundheitsbeschwerden hat. Sowohl in den aktuellen subjektiven Gesundheitsbeschwerden ($p < 0,001$) als auch in der objektivierten Anzahl chronischer Erkrankungen ($p = 0,004$) weisen Frauen signifikant höhere Werte auf als Männer. Dieses Ergebnis stützt diejenigen Studien, die bei Frauen höhere Morbidität nachweisen. Es gibt aber auch eine Reihe von Studien, die genau das Gegenteil ergeben (vgl. Mielck, 2000). Jedenfalls zeigen die Ergebnisse in der vorliegenden Untersuchung, dass Frauen in Armut von gesundheitlichen Risiken „doppelt“ betroffen sind.

Alter und Schulden wirken sich auf die Gesundheitsbeschwerden nicht bedeutsam aus. Hingegen gibt es bei Arbeitslosigkeit Effekte: Die Anzahl chronischer Erkrankungen ist von der Arbeitslosigkeit abhängig. Nicht aber die aktuelle Beschwerdeneinschätzung oder die Krankheitshäufigkeit der letzten Monate.

Zusammenfassend sehen wir, dass Armut und Geschlecht den größten Einfluss auf die aktuellen Gesundheitsbeschwerden haben. Armutsbetroffene weisen weiters eine höhere Krankheitshäufigkeit im letzten Halbjahr auf als die restliche Bevölkerung. Bei chronischen Erkrankungen unterscheiden sich Arme und Nicht-Arme, Frauen und Männer, Arbeitslose und Erwerbstätige sowie die sozialen Status-Schichten signifikant.

4.4. Chronischer Stress und Gesundheitsbeschwerden

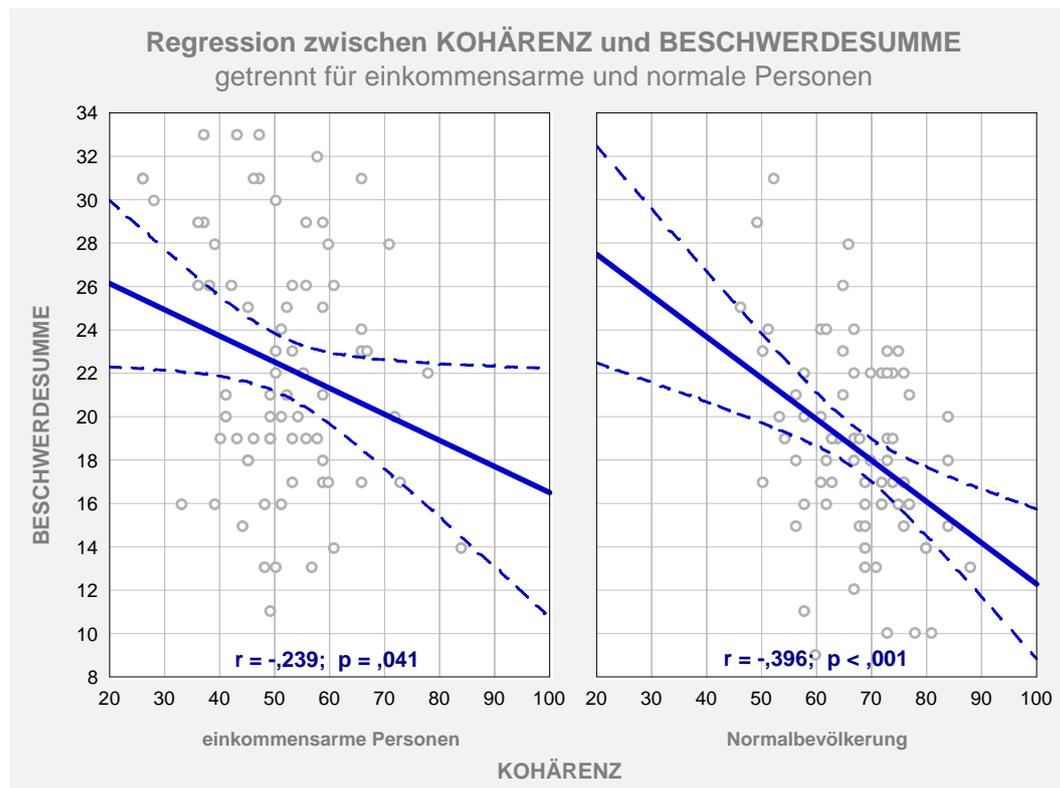
Hier sind die Ergebnisse mehr als eindeutig und lassen sich in die im letzten Jahrzehnt publizierten Studienresultate einreihen. Alle Skalen der Beschwerdenliste korrelieren hoch signifikant mit chronischem Stress. Je höher der chronische Stress, desto höher die aktuellen Gesundheitsbeschwerden. Belastungen von meist langer Dauer ohne erkennbares Ende wirken sich auf die Gesundheit negativ aus. Das entspricht auch der gesamten Literatur zu „chronic stress“. Derselbe Zusammenhang findet sich in dieser Untersuchung bei der Krankheitshäufigkeit des letzten Halbjahres und bei der Anzahl chronischer Krankheiten.

Bei den am stärksten betroffenen Morbiditätstypen ergibt sich aber ein uneinheitliches Bild. Kreislauferkrankungen korrelieren nicht signifikant, obwohl gerade sie eine zentrale Rolle im Stressgeschehen spielen. Dafür ergibt sich ein hoch signifikanter Zusammenhang mit Krankheiten der Verdauungsorgane und Atemwegserkrankungen. Weiters betroffen sind Migräne, Angstzustände und Hautkrankheiten. Hoch signifikant auch der Zusammenhang mit Schlafstörungen.

4.5. Stressverarbeitung und Gesundheitsbeschwerden

Die mit multipler Regression und einer Diskriminanzanalyse gerechneten Zusammenhänge zwischen Stressverarbeitungsstrategien und Gesundheitsbeschwerden ließen einige zentrale Variablen mit hohem Erklärungsanteil heraustreten: Der „Kohärenzsinn“, der „Mangel an Anerkennung“ und die Variable „Unfreiwilliges Alleinsein“/ „soziale Isolation“ beeinflussen die Gesundheit besonders stark. Weiters zeigen sich bei „Überforderung“ und „Resignation /Hilflosigkeit“ bedeutsame Effekte. Die Variablen „positiver Kontrolle“ ergeben ein uneinheitliches Bild.

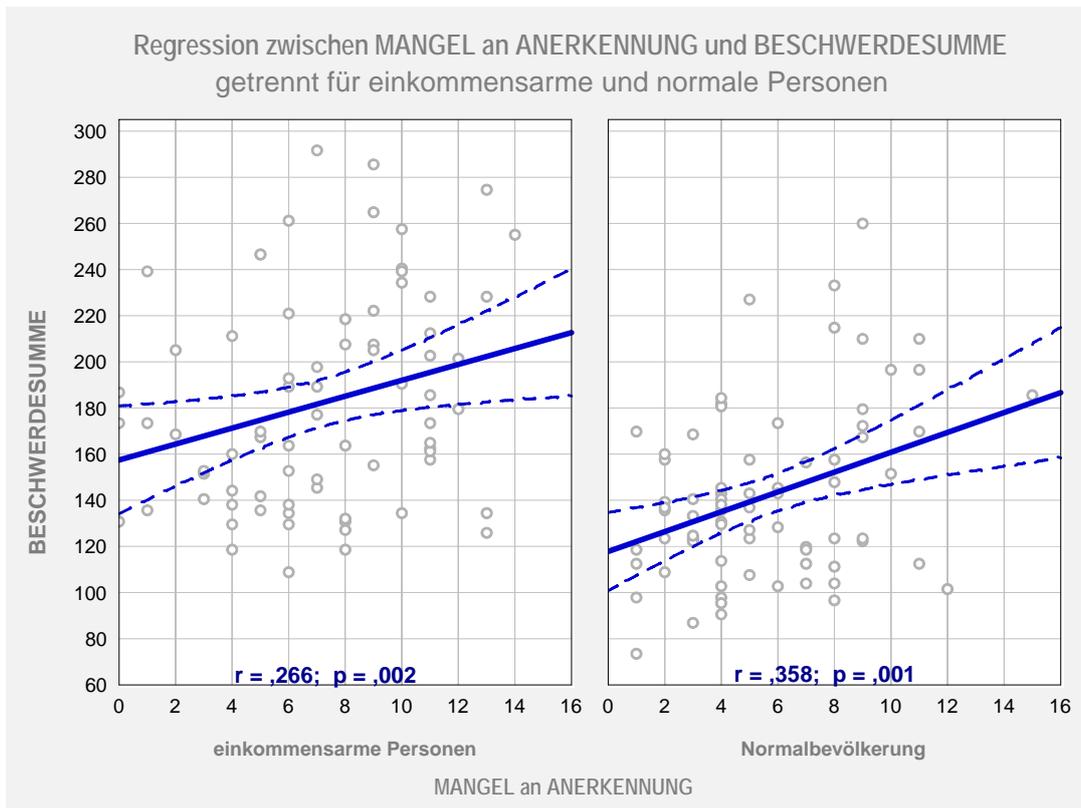
Abb. 19: Regression zwischen Kohärenz und Beschwerdesumme getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.



Ein niedriger Kohärenzsinn erklärt in dieser Untersuchung hoch signifikant höhere aktuelle Gesundheitsbeschwerden, genauso wie höhere Krankheitshäufigkeiten in den letzten Monaten und auch höhere chronische Erkrankungen. Gleichzeitig wissen wir aus den Ergebnissen in Kapitel 3.2., dass Armutsbetroffene ein hoch signifikant geringeres Kohärenzgefühl aufweisen als die Normalbevölkerung. In Abbildung 19 ist der

Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und Gesundheitsbeschwerden getrennt nach Einkommensarmut und Normalbevölkerung dargestellt. Die Punktwolke liegt bei Menschen unter der Armutsgrenze tendenziell links der Mitte und oben, bei der restlichen Bevölkerung eher rechts der Mitte und im unteren Bereich. Der Kohärenzsinn als ein Gefühl des Vertrauens in die Welt und in die eigenen Handlungsmöglichkeiten, beeinflusst offensichtlich die Bewertung von Anforderungen und Belastungen, die sich aus einer Situation ergeben, in einer krankheitspräventiven Weise. Diese mediatierende bzw. moderierende Ressource (vgl. Udris & Rimann, 2000) steht Armutsbetroffenen weniger zur Verfügung.

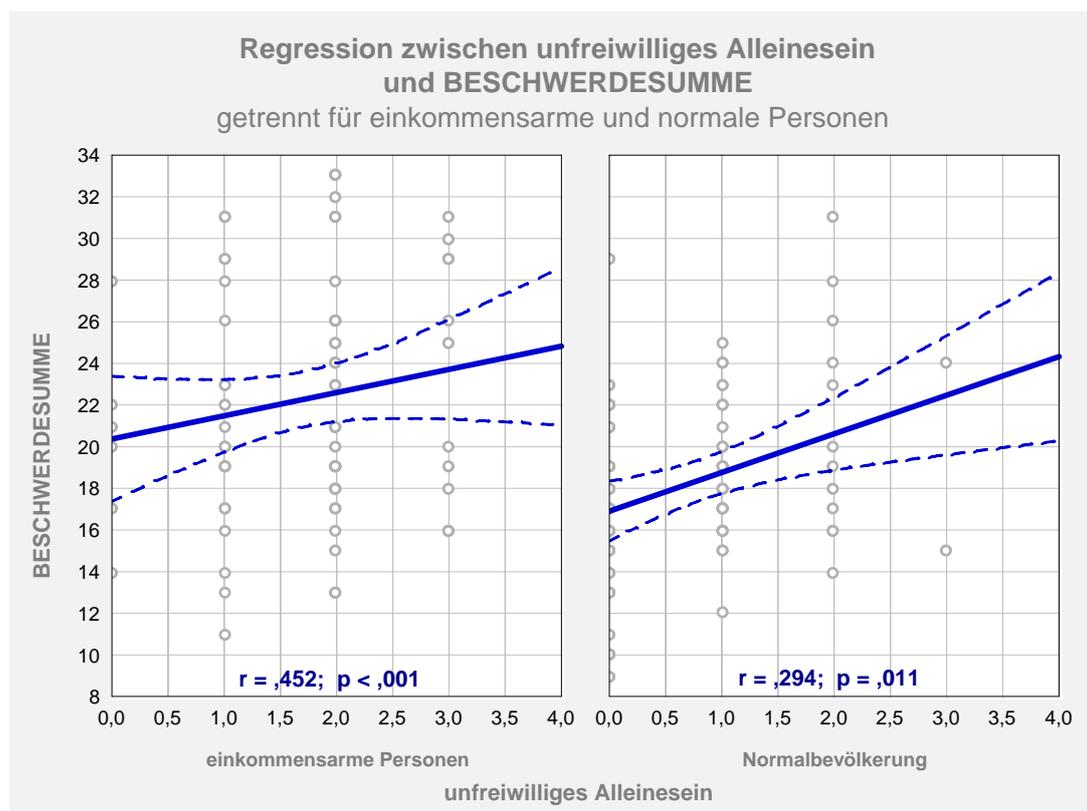
Abb. 20: Regression zwischen Mangel und Anerkennung und Beschwerdesumme getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.



Eine weitere zentrale Variable ist Anerkennung: Je größer der Mangel an sozialer Anerkennung, desto höher die aktuellen Gesundheitsbeschwerden. Das gleiche gilt für die Krankheitshäufigkeit in den letzten Monaten und die chronischen Erkrankungen. Die Resultate in Kapitel 3.2. zeigten weiters, dass Armutsbetroffene signifikant weniger

Anerkennung erfahren als die Normalbevölkerung. Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Mangel an Anerkennung, häufigeren Gesundheitsbeschwerden und Armutsbetroffenheit nachweisen. In Abbildung 20 wird die Bedeutung von mangelnder Anerkennung und Armut für Gesundheitsbeschwerden auf einen Blick sichtbar. Die Betroffenen werden häufiger abgelehnt, obwohl sie sich Mühe geben, es allen recht zu machen; und sie werden häufiger für ihre Leistung nicht angemessen entlohnt. Diese Ergebnisse bestätigen auch die Wirksamkeit von Gratifikationskrisen (Siegrist 2008) im Stressgeschehen und in seiner Verarbeitung. Dazu passt, dass neben dem Mangel an Anerkennung sich auch die Variable „Überforderung“ als signifikant aussagekräftig erweist für höhere aktuelle Gesundheitsbeschwerden und häufigere Erkrankungen in den letzten Monaten.

Abb. 21: Regression zwischen unfreiwilligem Alleinsein und Beschwerdesumme getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.



Als dritte bedeutsame Variable ergibt sich das „unfreiwillige Alleinsein“ gemeinsam mit „sozialer Isolation“. Wer öfter allein ist, obwohl er es vorziehen würde, in Gesellschaft

anderer Leute zu sein, hat signifikant höhere aktuelle Gesundheitsbeschwerden und mehr chronische Krankheiten. Und „soziale Isolation“ als ein Mangel an sozialen Kontakten und Gelegenheiten, sich mit anderen auszusprechen, steht in einem signifikanten Zusammenhang mit höherer Krankheitshäufigkeit in den letzten sechs Monaten und vermehrter Morbidität bei chronischen Erkrankungen. Diese Ressource steht Armutsbetroffenen weniger zur Verfügung als der nicht-armen Bevölkerung. In Abbildung 21 können wir einen Zusammenhang zwischen öfterem unfreiwilligen Alleinsein, höheren Gesundheitsbeschwerden und Armutsbetroffenheit beobachten. Es handelt sich bei fehlendem social support wohl auch um eine Transaktionsvariable (vgl. Schwarzer, 2004), die von personalen wie situativen Einflüssen geprägt ist. Armutsbetroffene suchen um Unterstützung, haben aber zu wenig Kontakte um die richtige zu bekommen; oder sie suchen um Hilfe und werden abgewiesen (siehe oben mangelnde Anerkennung). Das führt zu Enttäuschungen, die wieder die persönliche Abkapselung fördern, was wieder bei Anforderungen mehr Stress erzeugt, usw.

Die signifikanten Ergebnisse in der Stressverarbeitungs-Strategie „Resignation /Hilflosigkeit“ führen erwartungsgemäß in dieselbe Richtung. Personen, die mit einem Gefühl der Hilflosigkeit aufgeben und resignieren, leiden unter größeren aktuellen Gesundheitsbeschwerden und auch unter einer höheren Erkrankungshäufigkeit im letzten Halbjahr. Menschen unter der Armutsgrenze sind von Resignation stärker betroffen als die Normalbevölkerung.

Uneinheitlich ist das Bild bei den Strategien „positiver Kontrolle“. Eine höhere Reaktionskontrolle („...sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren“) steht mit signifikant größeren aktuellen Gesundheitsbeschwerden in Zusammenhang. Dieses Ergebnis kann möglicherweise damit erklärt werden, dass mit hohen Befindlichkeitsbeschwerden auch ein hoher Druck zu ihrer Kontrolle einhergeht.

Hingegen ist die stärkere Situationskontrolle („...mache ich mir einen Plan, wie ich...“) mit höheren Gesundheitsbeschwerden knapp nicht signifikant ($p = 0,058$). Und „positive Selbstinstruktion“ („...sage ich mir, du kannst damit fertig werden.“) hat keinerlei Einfluss auf die Gesundheitsbeschwerden, die Krankheitshäufigkeit und chronische Erkrankungen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die drei Transaktionsvariablen „Kohärenzsinn“, „Mangel an Anerkennung“ und „Unfreiwilliges Alleinsein“ eine hohe Bedeutung für die Stressverarbeitung und die Gesundheitsfolgen Armutsbetroffener aufweisen. Sie mediatieren und moderieren Bewertungen und stellen gleichzeitig Ressourcen, die im Copingprozess für Entlastung oder weitere Belastung sorgen.

5. Folgerungen und Kritik

Diese Untersuchung konnte keine Kausalschlüsse zwischen Armut, Stressverarbeitung und Gesundheitsbeschwerden herstellen. Ob die schlechte Gesundheit zuerst da war oder die Armut, oder die Resignation oder die Einsamkeit – das konnte mit dieser Arbeit nicht verifiziert werden. Da es sich beim transaktionalen Stressansatz um einen dynamischen Prozess handelt, bei dem die in der Modelltheorie nacheinander ablaufenden Einschätzungen und Bewertungen in Wirklichkeit gleichzeitig und in wechselseitiger Rückkoppelung einhergehen, kann eine Querschnittstudie nur einen Zeitpunkt im Stressgeschehen in den Blick bekommen.

Interessant wäre auch, nicht nur einzelne Ressourcen, sondern die Ressourcenmuster zu untersuchen. Weiters zeigte sich eine starke geschlechtsspezifische Komponente, die aber in den Auswertungen nur gestreift werden konnte.

Der Fragenbogen war zu lang und zu textfixiert für eine Zielgruppe, in der es auch genug Menschen gibt, die Schwierigkeiten beim sinnerfassenden Lesen haben. Zumindest erreicht man diese Gruppe mit einem solchen Fragebogen nicht. Prinzipiell ist hier aber auch die Frage zu stellen, ob es nicht einen „Mittelschichts-Bias“ bei all den Test- und Interviewbögen gibt.

Aufgefallen ist in den Fragebögen auch eine gewisse soziale Erwünschtheit bei Menschen in extremer Armut, die Wohnungslosigkeit oder starker sozialer Ausgrenzung ausgesetzt sind. Es zeigt sich ein starkes Harmoniebedürfnis und eine schön gefärbte Selbstreflexion.

Diese Untersuchung kam zum Ergebnis, dass nicht nur die Belastungen, sondern auch die Ressourcen, sie zu bewältigen, ungleich verteilt sind. Anerkennung, „Weltvertrauen“ und soziale Unterstützung sind ein knappes Gut für Armutsbetroffene.

Für die Gesundheitsprävention heißt das, im sozialen Kontext zu denken, wenn Maßnahmen geplant werden. So ist beispielsweise der Settingansatz ein brauchbarer Baustein umfassender und ganzheitlicher Konzepte. Damit werden zwar die makroökonomischen Rahmenbedingungen nur marginal beeinflusst, aber es kann zu hilfreichen Veränderung des näheren sozialen Umfelds von benachteiligten Personen kommen. Und damit auch zu Veränderungen des eigenen Alltags in der Schule, im Betrieb, im Stadtteil, in der Gemeinde oder rund ums Krankenhaus. Hier geht es auch darum, Verhaltens- und Verhältnisprävention zu verbinden.

Die Sozialberatung hingegen sollte sich stärker Gesundheitsfragen öffnen. Wer mit Arbeitslosen zu tun hat, denkt an Bildung, an Existenzsicherung, an Wohnen, Familie, Gesundheit. Wer mit Gesundheitsfragen von Armutsbetroffenen zu tun hat, sorgt sich um Beschäftigung, nicht-schimmelige Wohnungen, Bildung, Erholungsmöglichkeiten und eine Lösung der stressenden Existenzangst. Gerade ein ganzheitlicher Ansatz hat eine armutsbekämpfende Wirkung (vgl. Dawid & Heitzmann, 2006). Armutsbetroffene brauchen Angebote der Entlastung und Erholung, Tätigkeiten, die Anerkennung bringen und soziale Netze, die sie stützen.

Dieser Herausforderung sollten sich natürlich auch die offiziellen Ämter und Behörden stellen. Situationen, in denen KlientInnen am Sozialamt oder am AMS respektlos behandelt und beschämt werden, schwächen die Betroffenen weiter und reduzieren die Ressourcen, die sie noch haben.

Insgesamt gilt es sozial- und gesundheitspolitische Strategien zu verknüpfen. „Health in all Policies“ hat Finnland -während seiner EU-Präsidentschaft- ein solch umfassendes Vorgehen für die europäischen Sozialstaaten genannt. Es geht um einen ganzheitlichen Approach. Der Kontext entscheidet.

LITERATURVERZEICHNIS

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armutskonferenz, Die (2008). *Sozialhilfevollzug in Österreich. Anforderungen an eine Reform des Sozialhilfewesens*. Wien.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) (2004). *Bericht über die soziale Lage 2003 – 2004*, Wien.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: Towards a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Becker, P. (1996). Zwei theoretische Rahmenmodelle zur Erklärung der aktuellen und habituellen körperlichen Gesundheit: Darstellung und empirische Überprüfung. *Trierer Psychologische Berichte*, 23(4), 1-48.
- Berkman, L.F. & Melchior, M. (2008). Ein Modell für zukünftige Entwicklungen – wie Sozialpolitik durch Beeinflussung von gesellschaftlicher Integration und Familienstruktur die Gesundheit fördert. In J. Siegrist & M. Marmot (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (S. 77-98). Bern: Hans Huber.
- Berkman, L.F., Melchior, M., Chastang, J., Niedhammer, I., Leclerc, A. & Goldberg, M. (2004). Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France – Gas of France, The GAZEL Cohort. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Böhler, T. (2004). *Der Fähigkeiten-Ansatz von Amartya Sen*. Salzburg: Working Papers facing Poverty.
- Bortz, J. (2005). *Statistik. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (6.Auflage). Berlin: Springer.

- Bosma, H. (2008). Sozioökonomische Gesundheitsunterschiede und die Rolle der Kontrollüberzeugungen. In J. Siegrist & M. Marmot (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitliche Folgerungen* (S. 195-211). Bern: Hans Huber.
- Bosma, H., Van Jaarsfeld, Ch.M. & Tuinstra, J. (2005). Low control beliefs, classic coronary risk factors and socio-economic differences in heart disease in older persons. *Social Science and Medicine*, 60, 737-745.
- Bosma, H., van de Mheen, H.D. & Mackenbach, J.P. (1999). Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *British Medical Journal*, 318, 18-22.
- Bosma, H., Stansfeld, S.A. & Marmot, M.G. (1998). Job control, personal characteristics and heart disease. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 302-409.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Brunner, E.J., Kivimäki, M. & Siegrist, J. (2004): Is the effect of work stress confounded by socioeconomic factors in the Valmet study? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 1019-1020.
- Bude, H. & Lantermann, E.D. (2006). Soziale Exklusion und Exklusionsempfinden. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 58 (2), 233-252.
- Dawid, E. & Heitzmann, K. (2006). *Bestandsaufnahme der Leistungen sozialer Dienste in der Vermeidung und Bekämpfung von Armut in Österreich*. Wien.
- De Botton, A. (2004). *Status anxiety*. London: Hamish Hamilton.
- Deutschmann, A. & Kuhnert, P. (2005). Kohärenzgefühl. Instrument für Risikogruppen in der Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer Vergleichsstudie. In M. Kastner, T. Hagemann & G. Kliesch (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung* (S. 149-168). Berlin.
- Dill, H. (2007). Kohärenzgefühl, Exklusionserleben und Arbeitslosigkeit. Ressourcenorientierte TeilnehmerInnenbefragung. In K. Brauer & G. Korge (Hrsg.), *Evaluation regionaler Arbeitsmarktförderung für Ältere. Erfolgsfaktoren, Methoden, Instrumente* (S. 168-178). Stuttgart: IRB.
- Dlugosch, G. E. und Krieger, W. (1995). Der Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG). Handanweisung. Frankfurt: Swets Test Gesellschaft.

- Doblhammer, G. & Kytir, J. (1998). Social inequalities in disability-free and healthy life expectancy in Austria. *Wiener Klinische Wochenschrift* 110/11, Wien.
- Elliot, G.R. & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and human health*. New York: Springer.
- Engelhardt, H.T. (1975). *Evaluation und Explanation in the Biomedical Sciences*. Dordrecht.
- Eppel, H. (2007). *Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fahrenberg, Jochen (1994): Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL). Form FBL-G und revidierte Form FBL-R. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Faltermaier, T. (2000). Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. In H. Wydler, P. Kolip, T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 185-196). Weinheim, München: Juventa.
- Fäs, G. (2008). *Basis Lexikon* [WWW Dokument]. Verfügbar unter: <http://209.85.135.104/search?q=cache:mL6-H3tFEzoJ:www.faes.de/Basis/Basis-Lexikon/Basis-Lexikon-Multivariate/Basis-Lexikon-Diskriminanz/basis-lexikon-diskriminanz> [Datum des Zugriffs: 15.06.08].
- Freidl, W, Stronegger W., Neuhold, C (2001). *Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey*. Wien: Magistrat Wien, Gesundheitsberichterstattung.
- Fuchs, M. (2007). *Sozialhilfe - nein danke ? Empirische Daten zur Nicht-Inanspruchnahme berechtigter Sozialhilfe*. Wien: Europäisches Zentrum.
- Geyer, S. (2000). Antonovsky`s sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In H. Wydler, P. Kolip, T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 71-83). Weinheim, München: Juventa.
- Goffman, E. (1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identitäten*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hobfoll, S. & Buchwald, P. (2003). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping* (S. 11-26). Göttingen: Hogrefe.
- Hobfoll, S. (1988). *The ecology of stress*. Washington, DC: Hemisphere.

- Hradil, S. (2006). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim und München: Juventa.
- Janke, W. & Erdmann, G. (1997). *Stressverarbeitungsfragebogen. SVF120*. Göttingen: Hogrefe.
- Janoff-Bullmann, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Johnson, J.V., Stewart, W. & Hall, E.M. (1996). Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal Public Health*, 86, 324-331.
- Kaluza, G. (2004). Stressbewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. (S. 574-578). Göttingen: Hogrefe.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work*. New York: Basic Books.
- Keupp, H. (2000). Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 15-40). Weinheim/München: Juventa.
- Klauer, T. (2002). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 543-546). Göttingen: Hogrefe.
- Klocke, A. & Hurrelmann, K. (1995). Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2.Beiheft, 138-151.
- Knesebeck, v.d. O., Siegrist, J. (2004). Mangelnde soziale Reziprozität in engen sozialen Beziehungen, Depressivität und eingeschränkte Gesundheit. *Soz. Präventivmed.*, 50, 311-318.
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In J.S. Sanders & J. Suls (Hrsg.), *Social psychology of health and illness* (S. 3-32). New York: Erlbaum.

- Kristenson, M, Eriksen, H.R., Sluiter, J.K., Starke, D & Ursin, H. (2004). Psychobiological mechanism of socio-economic differences in health. *Social Science and Medicine*, 58, 1511-1522.
- Kuper, H., Singh-Manoux, A., Siegrist, J. & Marmot, M. (2002). When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II Study. *Journal of Occupational and Environmental medicine*, 11, 61-71.
- Lahelma, E. (2006). Health inequalities – the need for explanation and intervention. *European Journal Public Health*, 16, 339- 350.
- Lampert, T. & Kroll, L.E. (2006). Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 199 – 220). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Larsson, G. & Kallenberg, K.O. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal Public Health*, 6, 175 – 180.
- Lazarus, R.S. (1998). *Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus*. New Jersey: Mahwah.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. News York: Springer.
- Luhmann, N. (1990). Der medizinische Code. In *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven* (S. 183-195). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mackenbach, J.P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU*. London: Department of Health.
- Mackenbach, J.P. & Bakker, M (Eds.).(2002). *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365, 1099-104.
- Marmot, M (2004). *Status syndrome. How our position on the social gradient affects longevity and health*. London: Bloomsbury.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.

- Neckel, S. (2008). Scham und Status. In Die Armutskonferenz (Hrsg.), *Schande Armut. Stigmatisierung und Beschämung* (S. 22-25). Wien: Publikation zur Siebenten Österr. Armutskonferenz.
- Orpana, H.M. und Lemyre L. (2004). Explaining the social gradient in health in Canada: using the national population health survey to examine the role of stress. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 143-151.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (2002). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Pearlin, L.I., (1989). The Sociological Study of Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (3), 241-256.
- Pearlin, L.I. & Schooler (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Perrez, M. (1988). Bewältigung von Alltagsbelastungen und seelische Gesundheit - Zusammenhänge auf der Grundlage computerunterstützter Selbstbeobachtungs- und Fragebogendaten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 292-306.
- Peter, R. (2006). Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 109-123). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R., Heinsalmi, P. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in die Helsinki Heart Study. *Soc.Sci.Med*, 49, 109-120.
- Putnam, R.D. (1993). *Making democracy work*. Princeton: University Press.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenbrock, R. (2006). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 371-388). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenbrock, R. (2001). *Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen – eine gesundheitliche Herausforderung*. Berlin: Manuskript.

- Rotter, J. (1990). Internal versus external control of reinforcement, A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- Paugam, S. (2008). *Die elementaren Formen der Armut*. Hamburg: Edition.
- Salentin, K. (2008). Nicht nur zu wenig Geld. Armut, Scham und die Folgen. In Die Armutskonferenz (Hrsg.), *Schande Armut. Stigmatisierung und Beschämung* (S. 28-31). Wien: Publikation zur Siebenten Österr. Armutskonferenz.
- Salentin, K. (2002). *Armut, Scham und Stressbewältigung. Die Verarbeitung ökonomischer Belastungen im unteren Einkommensbereich*. Wiesbaden: DUV.
- Schenk, M. (2008a). Armut in Österreich. Ein Befund. In Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (Hrsg.), *Verteilungsgerechtigkeit. WISO-Zeitschrift*, 3, 191-208.
- Schenk, M. (2008b). Armutsbetroffene als Akteure. Was stärkt, was schwächt. In G. Knapp & H. Pichler (Hrsg.), *Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit* (S. 442-452). Klagenfurt: Hermagoras/Mohojeva.
- Schenk, M. (2004). Armut kann Ihre Gesundheit gefährden. Abbau von Ungleichheit – eine neue Herausforderung der Gesundheitspolitik. In O. Meggeneder (Hrsg.), *Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens* (S. 95-105). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Schleicher, B & Hlava, A. (2003). *Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Gesundheit und Erkrankungsrisiko*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Schrijvers, C.T., Bosma, H. & Mackenbach (2002). Hostility and the educational gradient in health. The mediating role of health-related behaviours. *European Journal of Public Health*, 12, 110-116.
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). Das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS) – Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, P., Schlotz W., Wolf, J. & Wüst, S. (2002). Geschlechtsunterschiede bei stressbezogenen Variablen. Der Einfluss der Neigung zur Besorgnis. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, Vol. 23(3), 305-326.
- Schulz, P. & Schlotz, W. (1999). Trierer Inventar zur Erfassung von chronischem Stress (TICS): Skalenkonstruktion, teststatistische Überprüfung und Validierung der Skala Arbeitsüberlastung. *Diagnostica*, 45(1), 8-19.
- Schumacher, J. (2002). Kohärenzgefühl. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 267 – 269). Göttingen: Hogrefe.

- Schumacher J., Wilz G., Gunzelmann T. & Brähler, E. (2000): Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Testatische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. In *PPmP Psychoth Psychosom med Psychol*, 50, 472-482.
- Sebinger, S. (2007). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In Institut für Gesundheitsplanung (Hrsg.), *Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005* (S. 32 – 39). Linz: Landesverlag.
- Selye, H. (1974). *Stress, Bewältigung und Lebensgewinn*. München, Zürich: Piper.
- Sek, H. & Pasikowski, T. (2002). Stressbewältigung im Rahmen der Salutogenese. In J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung* (S. 20-43). Frankfurt: Vas.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (2002). *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. & Weiner, B. (1991). Stigma controllability and coping as predictors of emotions and social support. *Journal of Personal and Social Relationships*, 8, 133-140.
- Sen, Amartya (2000). *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München Wien: Hanser.
- Sen, Amartya (1998). Ausgrenzung und politische Ökonomie. In W. Voges & Y. Kazepov (Hrsg.), *Armut in Europa* (S.234-247). Wiesbaden.
- Sennet, R. & Cobb, J. (1972). *The Hidden Injuries of Class*. New York.
- Siegrist, J. & Marmot, M. (2008). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. Bern: Hans Huber.
- Siegrist, J & Theorell, T. (2008). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In J. Siegrist & M. Marmot (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (S. 99-130). Bern: Hans Huber

- Siegrist, J. (2007). *Ungleiche Gesundheitschancen in modernen Gesellschaften*. Heidelberg: Winter.
- Siegrist, J. Dragano, N. & von dem Knesebeck, O. (2006). Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 157-170). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Siegrist, J. (1998). *Soziale Ungleichheit und Gesundheitschancen*. Gesundheitswesen 60, Düsseldorf.
- Siegrist, J. (1996a). Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. (1996b). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Silver, R.C., Wortman, C.B. & Crofton, C. (1990). The role of coping in support provision. The self-presentational dilemma of victims of life crises. In I.G. Sarason, B.R. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), *Exercise and mental health* (pp. 145-152). Washington, DC: Hemisphere.
- Simmel, Georg (1908, 1992). *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, Bd.II, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Smith, A. (2004). *Der Reichtum der Nationen*. Paderborn.
- Stang, A., Moebus, S. & Dragano, N. (2005). Baseline recruitment and analyses of nonresponse of the Heinz Nixdorf Recall Study: Identifiability of phone numbers as the major determinant of response. *European Journal of Epidemiology*, 20, 489-496.
- Statistik Austria (2008a). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2006*. Wien.
- Statistik Austria (2008b). *Sozialhilfeleistungen der Bundesländer 2006*. Wien.
- Statistik Austria (2008c). *Sozio-demographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien: Broschüre des Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Statistik Austria (2007). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2005*. Wien.

- Staudinger, U.M. & Greve, W. (2001). Resilienz im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter* (S. 98- 108). Opladen: Leske und Budrich.
- Steinkamp, G. (1999). Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. Oder: Warum einige Menschen gesünder und länger leben als andere. In W. Schlicht & H.H. Dickhuth (Hrsg.), *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität* (S. 101 – 154). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Straus, F. & Höfer, R (2000). Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit. In H. Wydler, P. Kolip, T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 115-128). Weinheim, München: Juventa.
- Stronegger, W. (2007). *Gesundheitliche Ungleichheit - Verhalten oder Verhältnisse? Sozial-epidemiologische Modelle und Evidenz*. Wien.
- Stronegger, W. (1996): Soziale Lage und Gesundheit. Von den Beziehungen zwischen Armut und Krankheit, *Psychologie in der Medizin, 7.Jahrgang, Nummer 2*, 28-34.
- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K.T., & Day, N. (2003). Sense of Coherence and mortality in men and women in the East Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 15, 2110-2125.
- Townsend, P. & Davidson, N. (Eds.).(1982). *Inequalities in health. The Black Report and the health divide*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Universität St. Gallen & Universität Basel (2007). *Market Research Interactive*. [WWW Dokument]. Verfügbar unter:
<http://www.mri.imh.unisg.ch/Analysemethoden/Datenanalyse/Deskriptiv/Multivariat/Clusteranalyse.html> [Datum des Zugriffs: 10.06.08].
- Udris, I. und Rimann M. (2000): Das Kohärenzgefühl. Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? In H. Wydler, P. Kolip, T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 115-128). Weinheim, München: Juventa.
- Van Lenthe, FJ., Schrijvers, Ct. & Mackenbach, JP (2004). Investigating explanations of socio-economic inequalities in health. The Dutch Globe Study. *European Journal of Public Health*, 14, 63-70.

- Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H. & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science and Medicine*, 69, 1117-1131.
- Weber, H. (1990). Emotionsbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie* (S. 279-294). Göttingen: Hogrefe.
- Weiner, B., Perry, R.P. & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Weltgesundheitsorganisation Europa (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Genf.
- Wheaton, B. (1997). The nature of chronic stress. In B.H. Gottlieb (Ed.). *Coping with chronic stress* (pp.43-73). New York: Plenum.
- Wheaton, B. (1994). Sampling the stress universe. In W. R. Avison & I. H. Gotlib (Eds.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* (pp. 77-114). New York: Plenum.
- Wheaton, B. (1980). The sociogenesis of psychological disorder: an attributional theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 100-124.
- Wilkinson, R. (2001). *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien: Springer.
- World Health Organisation (WHO) (1946). Constitution. Genf.
- Wukounig, M. (2003). *PensionsbezieherInnen und Umgang mit Krankheit*. Linz: OÖGKK-Papers.

ANHANG

1. Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Freidl, Stronegger & Neuhold, 2001, S.179).	17
Abb. 2: Beschwerdenintensität nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Freidl et al., 2001, S.227).	18
Abb. 3: Verhältnis-/Verhaltens-Anteile am Schichtgradienten (Stronegger, 2007, S. 14).	22
Abb. 4: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Erklärungsmodell (Rosenbrock, 2006, S. 377).	24
Abb. 5: Transaktionales Stress-Bewältigungsmodell (Eppel, 2007, S. 166).	28
Abb. 6: Gewinn- und Verlustspiralen (Hobfoll & Buchwald, 2004, S. 15).	30
Abb. 7: Darstellung eines Anforderungs-Ressourcen Modells (Becker, 1996, S.14).	32
Abb. 8: Modell der Stressbewältigung im Rahmen der Salutogenese (Sek und Pasikowski, 2002, S. 34).	35
Abb. 9: Kohärenzsinn (SOC) nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Freidl et al., 2001, S.123).	36
Abb. 10: Skizze zur sozial-kognitiven Theorie Banduras (Schwarzer, 2004, S. 61).	41
Abb. 11: Das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek & Theorell, 1990, S. 32).	46
Abb. 12: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 2007, S. 21).	47
Abb. 13: Modell der sozialen Einbettung der Belastungsverarbeitung (Salentin, 2002, S. 91).	53
Abb. 14: Interdependenz von Supportmerkmalen (Schwarzer, 2004, S. 196).	56

Abb. 15: Index fehlender Unterstützung. Basis = % Unterstützungsmöglichkeit bei nicht armen Personen (Statistik Austria, 2008a, S. 66).	58
Abb. 16: Verteilung der Variablen chron. Stress bzgl. Geschlechter u. Armut	135
Abb. 17: Verteilung Positivstrategien getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.	138
Abb. 18: Verteilung Negativstrategien getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.	138
Abb. 19: Regression zwischen Kohärenz und Beschwerdensumme getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.	145
Abb. 20: Regression zwischen Mangel und Anerkennung und Beschwerdensumme getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.	146
Abb. 21: Regression zwischen unfreiwilligem Alleinsein und Beschwerdensumme getrennt für einkommensarme und „normale“ Personen.	147

2. Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1: Bereiche und Indikatoren nicht-monetärer Benachteiligung (Statistik Austria, 2008a, S. 44).	14
Tab. 2: Armutsgefährdungsschwellen für unterschiedliche Haushaltstypen (BMSGK 2004, S. 212).	72
Tab. 3: Zusammensetzung Stichprobe: Geschlecht und Alter.	77
Tab. 4: Zusammensetzung Stichprobe: Berufliche Position und Bildung.	77
Tab. 5: Zusammensetzung Stichprobe: Arbeitslosigkeit und Schulden.	77
Tab. 6: Zusammensetzung Stichprobe: Armut und Haushaltseinkommen.	78
Tab. 7: Zusammensetzung der Stichprobe: Haupteinkommensart und Armut.	78
Tab. 8: Kreuztabelle: Bildung und Haushaltseinkommen.	79
Tab. 9: Kreuztabelle: Alter und Haushaltseinkommen.	80
Tab. 10: Kreuztabelle: Kinder im Haushalt und Geschlecht.	80

Tab. 11: Zusammensetzung der Stichprobe: Wohnen und sozialer Status.	81
Tab. 12: Deskriptivstatistik: Skala „Chronischer Stress“ (TICS).	85
Tab. 13: Effekte der ANOVA: Skala „Chronischer Stress“.	85
Tab. 14: Deskriptivstatistik: Skala „Chronische Besorgnis“ (TICS).	86
Tab. 15: Effekte der ANOVA: Skala „Chronische Besorgnis“.	86
Tab. 16: Deskriptivstatistik: Item „Stressgefühl“ (FBL-R).	87
Tab. 17: Effekte der ANOVA: Item „Stressgefühl“.	87
Tab. 18: Deskriptivstatistik: Skala „Allgemeinbefinden“ (FBL-R).	88
Tab. 19: Effekte der ANOVA: Skala „Allgemeinbefinden“.	88
Tab. 20: Deskriptivstatistik: Skala „Müdigkeit, Mattheit“ (FBL-R).	89
Tab. 20: Deskriptivstatistik: Skala „Müdigkeit, Mattheit“ (FBL-R).	89
Tab. 22: Deskriptivstatistik: Item „Einschlafschwierigkeiten“ (FBL-R).	90
Tab. 23: Effekte der ANOVA: Item „Einschlafschwierigkeiten“.	90
Tab. 24: Deskriptivstatistik: Item „Durchschlafschwierigkeit“ (FBL-R).	91
Tab. 25: Effekte der ANOVA: Item „Durchschlafschwierigkeit“.	91
Tab. 26: Deskriptivstatistik: Skala „Positivstrategien: stressreduzierend“ (SVF-120).	93
Tab. 27: Effekte der ANOVA: Skala „Positivstrategien: stressreduzierend“.	93
Tab. 28: Deskriptivstatistik: Skala „Negativstrategien: stressvermehrend“ (SVF-120).	94
Tab. 29: Effekte der ANOVA: Skala „Negativstrategien: stressvermehrend“.	94
Tab. 30: Deskriptivstatistik: Skala „Situationskontrolle“ (SVF-120).	95
Tab. 31: Effekte der ANOVA: Skala „Situationskontrolle“.	95
Tab. 32: Deskriptivstatistik: Skala „Reaktionskontrolle“ (SVF-120).	96
Tab. 33: Effekte der ANOVA: Skala „Reaktionskontrolle“.	96
Tab. 34: Deskriptivstatistik: Skala „Positive Selbstinstruktion“ (SVF-120).	97

Tab. 35: Effekte der ANOVA: Skala „Positive Selbstinstruktion“.	97
Tab. 36: Deskriptivstatistik: Skala „Kohärenzsinn“ (SOC).	98
Tab. 37: Effekte der ANOVA: Skala „Kohärenzsinn (SOC)“.	98
Tab. 38: Deskriptivstatistik: Skala „Soziale Isolation“ (TICS).	99
Tab. 39: Effekte der ANOVA: Skala „Soziale Isolation“.	99
Tab. 40: Deskriptivstatistik: Skala „Soz. Unterstützungsbedürfnis“ (SVF-120).	100
Tab. 41: Effekte der ANOVA: Skala „Soziales Unterstützungsbedürfnis“.	100
Tab. 42: Deskriptivstatistik: Skala „Soziale Abkapselung“ (SVF-120).	101
Tab. 43: Effekte der ANOVA: Skala „Soziale Abkapselung“.	101
Tab. 44: Deskriptivstatistik: Skala „Resignation, Hilflosigkeit“ (SVF-120).	102
Tab. 45: Effekte der ANOVA: Skala „Resignation, Hilflosigkeit“.	102
Tab. 46: Deskriptivstatistik: Skala „Mangelnde soziale Anerkennung“ (TICS).	103
Tab. 47: Effekte der ANOVA: Skala „Mangelnde soziale Anerkennung“.	103
Tab. 48: Deskriptivstatistik: Skala „Überforderung bei der Arbeit“ (TICS).	104
Tab. 49: Effekte der ANOVA: Skala „Überforderung bei der Arbeit“.	104
Tab. 50: Deskriptivstatistik: Skala „Erfolgsdruck“ (TICS).	105
Tab. 51: Effekte der ANOVA: Skala „Erfolgsdruck“.	105
Tab. 52: Deskriptivstatistik: Skala „Beschwerdensumme“ (FBL-R).	107
Tab. 53: Effekte der ANOVA: Skala „Beschwerdensumme“.	107
Tab. 54: Deskriptivstatistik: Skala „Herz-Kreislauf“ (FBL-R).	108
Tab. 55: Effekte der ANOVA: Skala „Herz-Kreislauf“.	108
Tab. 56: Deskriptivstatistik: Skala „Magen-Darm“ (FBL-R).	109
Tab. 57: Effekte der ANOVA: Skala „Magen-Darm“.	109
Tab. 58: Deskriptivstatistik: Skala „Kopf-Hals“ (FBL-R).	110

Tab. 58: Deskriptivstatistik: Skala „Kopf-Hals“ (FBL-R).	110
Tab. 60: Deskriptivstatistik: Skala „Anspannung“ (FBL-R).	111
Tab. 61: Effekte der ANOVA: Skala „Anspannung“.	111
Tab. 62: Deskriptivstatistik: Skala „Emotionale Reaktivität“ (FBL-R).	112
Tab. 63: Effekte der ANOVA: Skala „Emotionale Reaktivität“.	112
Tab. 64: Deskriptivstatistik: Skala „Schmerz“ (FBL-R).	113
Tab. 65: Effekte der ANOVA: Skala „Schmerz“.	113
Tab. 66: Deskriptivstatistik: Skala „Sensorik“ (FBL-R).	114
Tab. 67: Effekte der ANOVA: Skala „Sensorik“.	114
Tab. 68: Deskriptivstatistik: Item „Krankheitseinschätzung“	115
Tab. 69: Effekte der ANOVA: Item „Krankheitseinschätzung“.	115
Tab. 70: Clusterbeschreibung: Morbidität nach Krankheitsgruppen.	116
Tab. 71: Clusteruntersuchung: Alter und Morbidität.	117
Tab. 72: Clusteruntersuchung: Geschlecht und Morbidität.	117
Tab. 73: Clusteruntersuchung: Haushaltseinkommen und Morbidität.	117
Tab. 74: Clusteruntersuchung: Armut und Morbidität.	118
Tab. 75: Clusteruntersuchung: Sozialer Status und Morbidität.	118
Tab. 76: Clusteruntersuchung: Arbeitslosigkeit und Morbidität.	119
Tab. 77: Clusteruntersuchung: Schulden und Morbidität.	119
Tab. 78: Stressbelastung und Gesundheitsbeschwerden (FBL-R).	120
Tab. 79: Stressbelastung und Gesundheitsbeschwerden: Morbidität.	121
Tab. 80: Modellzusammenfassung: Social support auf Beschwerdensumme (FBL-R).	124
Tab 81: Detailstatistik: Social Support auf Beschwerdensumme.	124
Tab. 82: Modellzusammenfassung: Kohärenzsinn auf Beschwerdensumme (FBL-R).	124

Tab. 83: Detailstatistik: Kohärenzsinn auf Beschwerdensumme.	124
Tab. 84: Modellzusammenfassung: Kontrollierbarkeit auf Beschwerdensumme.	125
Tab. 85: Detailstatistik: Kontrollierbarkeit auf Beschwerdensumme.	125
Tab. 86: Modellzusammenfassung: Resignation auf Beschwerdensumme.	125
Tab. 87: Detailstatistik: Resignation auf Beschwerdensumme.	125
Tab. 88: Modellzusammenfassung: Bedrohtes Ansehen auf Beschwerdensumme.	126
Tab. 89: Detailstatistik: Bedrohtes Ansehen/Status auf Beschwerdensumme.	126
Tab. 90: Modellzusammenfassung: Social support auf Krankheitseinschätzung.	126
Tab. 91: Detailstatistik: Social Support auf Krankheitseinschätzung.	126
Tab. 92: Modellzusammenfassung: Kohärenzsinn auf Krankheitseinschätzung.	127
Tab. 93: Detailstatistik: Kohärenzsinn auf Krankheitseinschätzung.	127
Tab. 94: Modellzusammenfassung: Kontrollierbarkeit auf Krankheitseinschätzung.	127
Tab. 95: Detailstatistik: Kontrollierbarkeit auf Krankheitseinschätzung.	127
Tab. 96: Modellzusammenfassung: Resignation auf Krankheitseinschätzung.	128
Tab. 97: Detailstatistik: Resignation auf Krankheitseinschätzung.	128
Tab. 98: Modellzusammenfassung: Bedrohtes Ansehen auf Krankheitseinschätzung.	128
Tab. 99: Detailstatistik: Bedrohtes Ansehen auf Krankheitseinschätzung.	128
Tab. 100: Gleichheitstest der Gruppenmittel: Social Support.	129
Tab. 101: Klassifizierungsergebnisse: Social Support.	129
Tab. 102: Gleichheitstest der Gruppenmittel: Kohärenzsinn.	130
Tab. 103: Klassifizierungsergebnisse: Kohärenzsinn.	130
Tab. 104: Gleichheitstest der Gruppenmittel: Kontrollierbarkeit.	131
Tab. 105: Klassifizierungsergebnisse: Kontrollierbarkeit.	131
Tab. 106: Gleichheitstest der Gruppenmittel: Resignation.	132

Tab. 107: Klassifizierungsergebnisse: Resignation.	132
Tab. 108: Gleichheitstest der Gruppenmittel: Bedrohtes Ansehen.	133
Tab. 109: Klassifizierungsergebnisse: Bedrohtes Ansehen.	133

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen meines Studiums führe ich eine Untersuchung zum Thema „gesundheitliche Belastungen“ durch und bitte Sie dafür um Ihre Unterstützung.

Die Fragen sind großteils durch Ankreuzen zu beantworten. Bei einigen Fragen ist es auch notwendig, kurze Eintragungen vorzunehmen.

Horchen Sie in sich hinein und geben Sie die für Sie stimmige Antwort.

Auf die Anonymität Ihrer Angaben wird strikt Bedacht genommen! Sämtliche Daten werden streng vertraulich behandelt und sind keiner Person zuordenbar.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Martin Schenk

Wie oft haben Sie diese Erfahrung in den letzten 3 Monaten gemacht?

Es stehen Ihnen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

0	1	2	3	4
Nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig

Bitte beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen klingen ähnlich oder haben einen ähnlichen Sinn. Bitte beantworten Sie sie trotzdem.

Erfahrung	In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?				
	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
01 Zeiten, in denen ich dringend benötigte Erholung aufschieben muss	①	②	③	④	⑤
02 Ich bekomme zu wenig Anerkennung für das, was ich leiste	①	②	③	④	⑤
03 Ich mache zu viele Fehler, weil ich mit dem, was ich zu tun habe, überfordert bin	①	②	③	④	⑤
04 Ich habe zu wenig Zeit, um meine täglichen Aufgaben zu erfüllen	①	②	③	④	⑤
05 Ich muss Arbeiten erledigen, die mir unsinnig erscheinen	①	②	③	④	⑤
06 Es gibt Meinungsverschiedenheiten zwischen mir und anderen, die zu Spannungen führen	①	②	③	④	⑤
07 Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich sehr viel Verantwortung für andere Menschen trage	①	②	③	④	⑤
08 Situationen, in denen ich mich anstrengen muss, das Vertrauen anderer zu gewinnen	①	②	③	④	⑤
09 Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert	①	②	③	④	⑤
10 Mir fehlen interessante Aufgaben, die meinen Tag ausfüllen	①	②	③	④	⑤
11 Zeiten, in denen ich zu viel allein bin	①	②	③	④	⑤
12 Situationen, in denen ich mich um eine gute Beziehung zu anderen bemühen muss	①	②	③	④	⑤
13 Ich muss Aufgaben erledigen, die ich nicht gern mache	①	②	③	④	⑤
14 Ich habe Aufgaben zu erledigen, bei denen ich unter kritischer Beobachtung stehe	①	②	③	④	⑤
15 Ich habe Streit mit anderen, weil diese etwas anderes wollen als ich	①	②	③	④	⑤
16 Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann	①	②	③	④	⑤

	Erfahrung	In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?				
		nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
17	Zeiten, in denen sich die Termine so häufen, dass sie kaum zu bewältigen sind	①	②	③	④	⑤
18	Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten	①	②	③	④	⑤
19	Zeiten, in denen ich mich zu viel um die Probleme anderer kümmern muss	①	②	③	④	⑤
20	Ich kann meine Aufgaben nur unzureichend erfüllen, obwohl ich mein Bestes gebe	①	②	③	④	⑤
21	Zeiten, in denen mir Aufgaben fehlen, die mir sinnvoll erscheinen	①	②	③	④	⑤
22	Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich andere nicht enttäuschen darf	①	②	③	④	⑤
23	Kontakte mit anderen Personen, bei denen ich einen guten Eindruck hinterlassen muss	①	②	③	④	⑤
24	Ich werde den Anforderungen bei meiner Arbeit nicht mehr gerecht	①	②	③	④	⑤
25	Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen	①	②	③	④	⑤
26	Ich habe Streit mit anderen, weil ich mich nicht so verhalte, wie andere es von mir erwarten	①	②	③	④	⑤
27	Zeiten, in denen ich unter Termindruck/Zeitnot arbeiten muss	①	②	③	④	⑤
28	Ich muss mich zu viel mit Problemen anderer beschäftigen	①	②	③	④	⑤
29	Zeiten, in denen ich keine Möglichkeiten habe, mich mit anderen auszusprechen	①	②	③	④	⑤
30	Situationen, in denen es ganz allein von mir abhängt, ob ein Kontakt zu einem anderen Menschen zufrieden stellend verläuft	①	②	③	④	⑤
31	Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt	①	②	③	④	⑤
32	Ich habe Aufgaben zu erfüllen, bei denen ich mich bewähren muss	①	②	③	④	⑤

Erfahrung	In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?				
	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
33 Ich habe Konflikte mit anderen, weil sie sich zu viel in meine Angelegenheiten einmischen	①	②	③	④	⑤
34 Zeiten, in denen ich von anderen Menschen isoliert bin	①	②	③	④	⑤
35 Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird	①	②	③	④	⑤
36 Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann	①	②	③	④	⑤
37 Ich muss Verpflichtungen erfüllen, die ich innerlich ablehne	①	②	③	④	⑤
38 Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe	①	②	③	④	⑤
39 Ich muss ständig aufs Neue für das Wohl anderer Menschen sorgen	①	②	③	④	⑤
40 Situationen, in denen ich mich anstrengen muss, anderen zu gefallen	①	②	③	④	⑤
41 Zeiten, in denen ich nichts Sinnvolles zu tun habe	①	②	③	④	⑤
42 Zeiten, in denen ich zu wenig Kontakte zu anderen Personen habe	①	②	③	④	⑤
43 Ich muss Aufgaben erfüllen, die mit hohen Erwartungen verbunden sind	①	②	③	④	⑤
44 Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst	①	②	③	④	⑤
45 Ich habe Auseinandersetzungen mit anderen Menschen, die zu länger andauernden Konflikten führen	①	②	③	④	⑤
46 Für meinen Einsatz werde ich nicht angemessen belohnt	①	②	③	④	⑤
47 Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können	①	②	③	④	⑤
48 Ich muss Arbeiten machen, bei denen meine Fähigkeiten kaum zum Einsatz kommen	①	②	③	④	⑤

Erfahrung	In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?				
	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
49 Situationen, in denen das Wohlergehen anderer davon abhängt, wie zuverlässig ich meine Arbeit mache	①	②	③	④	⑤
50 Ich habe zu viele Aufgaben zu erledigen	①	②	③	④	⑤
51 Zeiten, in denen mir Kontakte zu anderen Menschen fehlen	①	②	③	④	⑤
52 Ich habe unnötigen Streit mit anderen Personen	①	②	③	④	⑤
53 Zeiten, in denen mir Aufgaben fehlen, die mir Freude bereiten	①	②	③	④	⑤
54 Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe	①	②	③	④	⑤
55 Obwohl ich mich bemühe, erfülle ich meine Aufgaben nicht so, wie es sein sollte	①	②	③	④	⑤
56 Zeiten, in denen mir Freunde fehlen, mit denen ich etwas unternehmen kann	①	②	③	④	⑤
57 Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird	①	②	③	④	⑤

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

4. Haben Sie das Gefühl, daß es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

äußerst selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 7 sehr oft

5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 7 das kommt immer wieder vor

6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 7 das kommt immer wieder vor

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben

überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck 1 2 3 4 5 6 7 7 sehr klare Ziele und einen Zweck

9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 7 sehr selten oder nie

12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 7 sehr selten oder nie

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude und Zufriedenheit 1 2 3 4 5 6 7 7 von Schmerz und Langeweile

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 7 sehr selten oder nie

21. Kommt es vor, daß Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

26. Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, daß Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzten 1 2 3 4 5 6 7 richtig einschätzten

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, daß die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

***Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden
beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht
gebracht worden bin ...***

Es stehen Ihnen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

0 1 2 3 4
gar nicht kaum möglicherweise wahrscheinlich sehr wahrscheinlich

Bitte lassen Sie keine Reaktion aus und wählen sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die noch am ehesten für Sie zutrifft.

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

- | | | | | | |
|---------|---|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 1) ... | versuche ich, meine Gedanken auf etwas anderes zu konzentrieren | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 2) ... | sage ich mir, laß dich nicht gehen | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 3) ... | sehe ich zu, daß jemand anderes mich bei der Lösung unterstützt | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 4) ... | fühle ich mich irgendwie hilflos | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 5) ... | sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 6) ... | gehe ich dem Kontakt mit anderen aus dem Weg | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 7) ... | neige ich dazu, viel mehr zu rauchen oder mit dem Rauchen (wieder) anzufangen | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 8) ... | vermeide ich von nun an solche Situationen | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 9) ... | frage ich mich, was ich schon wieder falsch gemacht habe | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 10) ... | sage ich mir, alles ist halb so schlimm | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 11) ... | überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

- | | | | | | | |
|---------|--|----------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 12) ... | versuche ich, meine Muskeln zu entspannen | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 13) ... | tue ich mir selber ein bißchen leid | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 14) ... | neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 15) ... | sage ich mir, daß ich das durchstehen werde | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 16) ... | kann ich lange Zeit an nichts anderes mehr denken | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 17) ... | werde ich schneller damit fertig als andere | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 18) ... | versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 19) ... | nehme ich Beruhigungsmittel | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 20) ... | gehe ich irgendeiner anderen Beschäftigung nach | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 21) ... | frage ich jemanden um Rat, wie ich mich verhalten soll | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 22) ... | esse ich etwas Gutes | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

- 23) ... denke ich hinterher immer wieder darüber nach
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 24) ... denke ich, möglichst von hier weg
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 25) ... habe ich ein schlechtes Gewissen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 26) ... sage ich mir, du mußt dich zusammenreißen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 27) ... meide ich die Menschen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 28) ... versuche ich, ganz ruhig und gleichmäßig zu atmen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 29) ... entziehe ich mich in Zukunft schon bei den ersten Anzeichen solchen Situationen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 30) ... sage ich mir, Gewissensbisse brauche ich mir nicht zu machen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 31) ... sage ich mir, das wird sich mit der Zeit schon wieder einrenken
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 32) ... neige ich dazu, schnell aufzugeben
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 33) ... neige ich dazu, mit anderen Leuten aneinanderzugeraten
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

- | | | | | | | |
|---------|--|----------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 34) ... | denke ich bewußt an Gelegenheiten, bei denen ich besonders erfolgreich war | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 35) ... | bin ich mit mir selbst unzufrieden | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 36) ... | sehe ich mir etwas Nettes im Fernsehen an | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 37) ... | denke ich, nur nicht unterkriegen lassen | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 38) ... | bin ich froh, daß ich nicht so empfindlich bin wie andere | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 39) ... | ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 40) ... | kommen mir Fluchtgedanken | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 41) ... | beneide ich andere, denen so was nicht passiert | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 42) ... | muß ich mich einfach mit jemandem aussprechen | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 43) ... | sage ich mir, ich kann nichts dafür | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 44) ... | möchte ich am liebsten irgendetwas an die Wand werfen | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

- 45) ... tue ich etwas, was mich davon ablenkt
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 46) ... weiß ich nicht, wie ich gegen die Situation ankommen könnte
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 47) ... bemühe ich mich um anderweitige Erfolge
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 48) ... nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 49) ... schließe ich mich von meiner Umgebung ab
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 50) ... sage ich mir, die Zeit hat schon manche Träne getrocknet
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 51) ... fühle ich mich ein wenig vom Schicksal vernachlässigt
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 52) ... sage ich mir, andere würden das nicht so leicht verdauen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 53) ... neige ich dazu, mich zu betrinken
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 54) ... versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 55) ... beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

- | | | | | | | |
|---------|---|----------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 56) ... | sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 57) ... | mache ich mir Vorwürfe | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 58) ... | versuche ich, mich systematisch zu entspannen | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 59) ... | wende ich mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiß ist | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 60) ... | erscheint mir alles so hoffnungslos | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 61) ... | greife ich irgendwelche Leute ungerechtfertigt an | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 62) ... | habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 63) ... | bitte ich jemanden, mir behilflich zu sein | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 64) ... | tue ich mir selbst etwas Gutes | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 65) ... | denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 66) ... | mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

- 67) ... sage ich mir, es geht schon alles wieder in Ordnung
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 68) ... versuche ich, Haltung zu bewahren
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 69) ... denke ich, in Zukunft will ich nicht mehr in solche Situationen geraten
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 70) ... trinke ich erst mal ein Glas Bier, Wein oder Schnaps
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 71) ... sage ich mir, nur nicht entmutigen lassen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 72) ... geht mir die Situation lange Zeit nicht aus dem Kopf
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 73) ... versuche ich, mich der Situation zu entziehen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 74) ... kaufe ich mir etwas, was ich schon lange haben wollte
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 75) ... sage ich mir, es war letzten Endes mein Fehler
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 76) ... will ich niemanden sehen
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
- 77) ... habe ich mich viel besser unter Kontrolle als andere in derselben Situation
- | | | | | |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

- | | | | | | |
|---------|---|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 78) ... | bringe ich meine guten Eigenschaften zur Geltung | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 79) ... | kann ich gar nicht einsehen, warum ausgerechnet ich immer Pech haben muß | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 80) ... | suche ich nach etwas, das mir Freude machen könnte | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 81) ... | tue ich etwas zu meiner Entspannung | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 82) ... | werde ich wütend | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 83) ... | mache ich mir klar, daß ich Möglichkeiten habe, die Situation zu bewältigen | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 84) ... | habe ich das Bedürfnis, die Meinung von jemand anderem dazu zu hören | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 85) ... | versuche ich, mein Verhalten unter Kontrolle zu halten | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 86) ... | stürze ich mich in die Arbeit | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |
| 88) ... | denke ich, morgen ist sicher alles vergessen | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | gar nicht | kaum | möglicher-
weise | wahrschein-
lich | sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

- | | | | | | | |
|---------|---|----------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 89) ... | neige ich dazu, alles sinnlos zu finden | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 90) ... | nehme ich Schlafmittel ein | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 91) ... | wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 92) ... | möchte ich am liebsten ganz allein sein | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 93) ... | reagiere ich gereizt | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 94) ... | denke ich, mir bleibt auch nichts erspart | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 95) ... | versuche ich, in anderen Bereichen Bestätigung zu finden | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 97) ... | finde ich meine Ruhe immer noch schneller wieder als andere | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 98) ... | passse ich auf, daß es in Zukunft gar nicht erst zu solchen Situationen kommt | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |
| 99) ... | denke ich an etwas, was mich entspannt | 0
gar nicht | 1
kaum | 2
möglicher-
weise | 3
wahrschein-
lich | 4
sehr wahr-
scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...

100) ... spiele ich die Situation nachher in Gedanken immer wieder durch

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

101) ... versuche ich, meine Aufmerksamkeit davon abzuwenden

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

104) ... denke ich, mich trifft keine Schuld

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Welche körperlichen Beschwerden sind während der letzten Zeit aufgetreten?

Antworten Sie bitte, wie Sie sich während der letzten Zeit gefühlt haben.
Schildern Sie bitte nicht Ihre vielleicht nur heute vorhandenen Beschwerden, sondern die Beschwerden, die während der letzten Zeit auftraten.

Welche körperlichen Beschwerden sind während der letzten Zeit aufgetreten?

fast tägl.	etwa 3x Woche	etwa 2x Monat	etwa 2x Jahr	prak- tisch nie
---------------	---------------------	---------------------	--------------------	-----------------------

1. Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen?
2. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?
3. Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?
4. Ist Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?
5. Ermüden Sie schnell?
6. Wird Ihnen schwindlig, wenn Sie sich aus dem Liegen aufrichten? ..
7. Fühlen Sie sich benommen?
8. Haben Sie Kopfschmerzen?
9. Haben Sie Appetitmangel?
10. Schlägt Ihr Herz unregelmäßig?
11. Haben Sie das Gefühl, Ihr Herz würde aussetzen?
12. Haben Sie Blutandrang zum Kopf?
13. Haben Sie ein Gefühl der Schwere in der Herzgegend?
14. Haben Sie Herzschmerzen?
15. Bekommen Sie beim Treppensteigen Herzklopfen?
16. Bekommen Sie beim Treppensteigen Atemnot?
17. Haben Sie das Gefühl erstickender Enge in der Brust?
18. Haben Sie einen empfindlichen Magen?
19. Haben Sie Völlegefühle?
20. Haben Sie Sodbrennen?
21. Haben Sie Übelkeit?
22. Haben Sie Blähungen?
23. Haben Sie Verstopfung?
24. Haben Sie Bauchschmerzen?
25. Haben Sie ein Druckgefühl im rechten Oberbauch?
26. Juckt Ihre Nase, auch wenn Sie nicht erkältet sind?
27. Niesen Sie, auch wenn Sie nicht erkältet sind?
28. Haben Sie Halsschmerzen, auch wenn Sie nicht erkältet sind?
29. Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken?
30. Haben Sie das Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben?
31. Räuspert Sie sich, auch wenn Sie nicht erkältet sind?
32. Husten Sie, auch wenn sie nicht erkältet sind?
34. Haben Sie feuchte Hände?

Welche körperlichen Beschwerden sind während der letzten Zeit aufgetreten?

fast tägl.	etwa 3x Woche	etwa 2x Monat	etwa 2x Jahr	prak- tisch nie
---------------	---------------------	---------------------	--------------------	-----------------------

36. Haben Sie plötzlich Schweißausbrüche?
38. Haben Sie Nackenschmerzen?
39. Haben Sie Schulterschmerzen?
40. Haben Sie Kreuzschmerzen?
42. Haben Sie Mißempfindungen an Ihren Armen oder Händen (z. B. Kribbeln, Prickeln, Taubheit)?
43. Haben Sie Mißempfindungen an Ihren Beinen oder Füßen (z. B. Kribbeln, Prickeln, Taubheit)?
44. Haben Sie Schmerzen in den Beinen?
45. Spüren Sie, daß Ihr ganzer Körper verkrampft ist?
46. Stellen Sie fest, daß Sie sich während des Arbeitens verkrampfen?
48. Stellen Sie fest, daß Sie ungeschickt hantieren?
49. Sind Ihre Hände häufig zitterig, z. B. beim Anzünden einer Zigarette oder beim Halten einer Tasse?
50. Bemerkten Sie, daß Ihre Hände ruhelos sind?
51. Bemerkten Sie, daß Ihre Füße ruhelos sind?
52. Bemerkten Sie unwillkürliches Zucken um Ihr Auge?
53. Spüren Sie unwillkürliches Zucken um Ihren Mund?

Wie stark sind folgende körperliche Beschwerden?

sehr stark	stark	mittel	kaum	prak- tisch nicht
---------------	-------	--------	------	-------------------------

56. Sind Sie wetterfühlilig?
57. Spüren Sie es am ganzen Körper, wenn Sie sich über etwas aufregen?
58. Kommen Ihnen in bestimmten Situationen die Tränen?
59. Kommt es vor, daß Sie in bestimmten Situationen zu stottern beginnen?
60. Erröten Sie?
61. Bleibt Ihnen in aufregenden Situationen die Luft weg, so daß Sie erst wieder ganz tief Atem holen müssen?
62. Spüren Sie bei Aufregung Herzklopfen?

Wie stark sind folgende körperliche Beschwerden?

sehr stark	stark	mittel	kaum	praktisch nicht
------------	-------	--------	------	-----------------

63. Pfllegt sich bei Ihnen in aufregenden Situationen Stuhldrang einzustellen?
64. Beginnen Sie bei Aufregung zu zittern oder bekommen Sie „weiche Knie“?
65. Sind Sie lichtempfindlich gegenüber hellem Kunstlicht oder Sonnenlicht?
66. Sind Sie lichtempfindlich gegenüber Flackerlicht oder wiederholtem Wechsel von hell zu dunkel?
67. Sind Sie farbempfindlich auf grelle Farben oder Farbgegensätze? ...
68. Sind Sie geräuschempfindlich für laute Geräusche und Töne?
69. Sind Sie geruchsempfindlich gegenüber bestimmten Gerüchen? ...
70. Riechen Sie Gerüche, die andere noch nicht wahrnehmen?
71. Sind Sie geschmacksempfindlich, so daß Sie Ihr Essen nur schwach würzen?
72. Sind Sie empfindlich gegenüber unbequemer, enger Kleidung?
-
74. Haben Sie selbst bei warmer Witterung kalte Hände?
75. Haben Sie empfindliche Haut?
77. Reagieren Sie empfindlich auf Blütenpollen, Hausstaub oder andere Stoffe?
78. Sind Sie schmerzempfindlich?
79. Haben Sie das Gefühl, im Stress zu sein?
80. Haben Sie sich in der letzten Zeit Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?

Wie oft waren Sie im letzten halben Jahr krank?

Nie 1mal 2mal 3mal öfter als 3mal

Die nächste Frage bezieht sich auf länger andauernde und chronische Krankheiten.

Leiden Sie unter einer andauernden Krankheit, unter den Folgeerscheinungen einer Verletzung, unter einer Behinderung oder unter einem anderen anhaltenden Leiden?

JA NEIN

Leiden Sie augenblicklich oder haben sie jemals unter einer der folgenden Krankheiten oder Beschwerden gelitten:

- Diabetes
- Nervosität, Angstzustände
- Epilepsie
- Schwere Kopfschmerzen, Migräne
- Schlafstörungen
- Teilweise Lähmung
- Hoher Blutdruck
- Herzinfarkt, Angina pectoris
- Hirnschlag
- Chronische Bronchitis
- Asthma
- Allergie
- Ekzem, Hautausschlag
- Magengeschwür, Gastritis
- Gallenstein
- Nierenstein
- Krankheiten des Unterleibs
- Schuppenflechte
- Rückenschmerzen
- Krebs
- Arm oder Beinamputation
- Entfernung eines Organs
- Andere Krankheiten: _____
- Nichts davon

Haben Sie innerhalb der vergangenen 6 Monate wegen eigener Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen einen Arzt (bzw. anderen Gesundheitsberuf) benötigt?

Wenn ja, wie viele Male war das im letzten halben Jahr?

- | | | | |
|--------------------------|--|-------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Praktischer Arzt | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Facharzt | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Zahnarzt | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Betriebsarzt | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Notarzt | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Ambulanz | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Krankenhaus stationär (nicht ambulant) | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Psychologen, Psychotherapeut | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Physiotherapeut | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Homöopath | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | anderer Gesundheitsberuf: _____ | _____ | mal |
| <input type="checkbox"/> | Nein | | |

Wieviel rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

- | | | | | | | | |
|----------------------|----------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Zigaretten: | Stück pro Tag: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> 1-5 | <input type="checkbox"/> 6-10 | <input type="checkbox"/> 11-15 | <input type="checkbox"/> 16-20 | <input type="checkbox"/> mehr als 20 |
| Sonstige Tabakwaren: | _____ pro Tag: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> 1-5 | <input type="checkbox"/> 6-10 | <input type="checkbox"/> 11-15 | <input type="checkbox"/> 16-20 | <input type="checkbox"/> mehr als 20 |

Wie häufig trinken Sie...

- | | | | | |
|---|----------------------------------|---|---------------------------------|------------------------------|
| Bier | <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> mehrmals/Woche | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Wein/Sekt | <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> mehrmals/Woche | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Spirituosen (Cognac, Whiskey, Schnaps, etc) | <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> mehrmals/Woche | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Sonstige alkoholische Getränke | <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> mehrmals/Woche | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |

Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung bzw. Sport ins Schwitzen?

- Täglich oder fast täglich
 mehrmals in der Woche
 etwa 1mal pro Woche
 2-3mal im Monat
 1mal im Monat oder seltener
 nie

Bekommen Sie ausreichend Schlaf, um am Morgen richtig ausgeruht zu sein?

- Ja, meistens
 Nicht oft genug
 Nein, kaum jemals bzw. nie

Wie oft kommt es vor, dass Sie alleine sind, obwohl Sie es vorziehen würden, in Gesellschaft anderer Leute zu sein?

- Oft
 Gelegentlich
 Selten
 Nie

Zum Schluß beantworten Sie bitte folgende Fragen zu Ihrer Person:

Geschlecht: männlich weiblich

Alter: ____ Jahre

Staatsbürgerschaft:

Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen?

das ist die Summe des Nettoeinkommens aller in Ihrem Haushalt lebenden Personen.

Bitte überlegen Sie gut und zählen Sie Ihr eigenes Einkommen, das Ihres Partner/in bzw. aller im Haushalt leben Personen auf. Die vollständigen Zahlen sind für diese Untersuchung sehr wichtig (Circa-Beträge sind ausreichend):

	<u>Eigenes Einkommen</u>	Partner/in	andere
Lohn/ Gehalt netto:	_____	_____	_____
Einkommen aus selbstständ. Tätigkeit:	_____	_____	_____
Familienbeihilfe	_____ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN _____		
Arbeitslosenleistung:	_____	_____	_____
Notstandshilfe:	_____	_____	_____
Sozialhilfe:	_____	_____	_____
Unterhalt:	_____	_____	_____
Karengeld/ Kindergeld	_____	_____	_____
Pflegegeld (Stufe ____):	_____	_____	_____
Pension:	_____	_____	_____
Wohnbauförderung:	_____	_____	_____
Einkünfte aus Kapital, Vermietungen, etc:	_____	_____	_____

Wie viele Personen leben insgesamt in ihrem Haushalt?:

Erwachsene: _____

Kinder (unter 16): _____ wie alt ist das Kind/die Kinder: _____

Wieviele m² hat ihre Wohnung? _____ Miete oder Eigentum ?

Gibt es in Ihrer Wohnung ein Bad oder eine Dusche?

JA NEIN

Gibt es in Ihrer Wohnung fließendes Warmwasser?

JA NEIN

Gibt es in Ihrer Wohnung eine Inntoilette?

JA NEIN

War Ihr Haushalt irgendwann im letzten Jahr mit einer der folgenden Zahlungen im Rückstand?

- Miete und Betriebskosten
- Hypothekenzahlungen
- Nebenkostenrechnungen (Strom, Gas, Wasser)
- Ratenzahlungen oder Tilgung von anderen Darlehen (einschließlich Rückstände bei der Bezahlung von Kreditkartenrechnungen)
- Nie

Wenn Sie wollten, könnten Sie Ihre Wohnung angemessen warm halten?

JA NEIN

Wenn Sie wollten, könnten Sie sich neue Kleidung kaufen?

JA NEIN

Wenn Sie wollten, könnten Sie mindestens einmal im Monat Freunde oder Familienmitglieder zu sich zum Essen einladen?

JA NEIN

Sind Sie gerade arbeitslos?

JA, seit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Monaten. länger als 12 Monate
NEIN

Welchen Schulabschluß haben Sie?:

- Ohne Schulabschluß
- Volksschule
- Sonderschule
- Hauptschule
- Lehre
- Berufsbildende mittlere Schule
- BHS, AHS
- Hochschule, Fachhochschule, Universität

In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt (bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt)?

ANGESTELLTE

- Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis
- Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer/in, Büroangestellte)
- Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Buchhalter/in, technischer Zeichner/in)
- Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter/in, Ingenieur, Abteilungsleiter/in, Lehrer/in im Angestelltenverhältnis)
- Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand größerer Betriebe)

BEAMTE/ VERTRAGSBEDIENSTETE

- einfacher Dienst
- mittlerer Dienst
- gehobener Dienst
- höherer Dienst

ARBEITER

- Ungelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin
- Angelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin
- Gelernte(r) Facharbeiter/in
- Vorarbeiter/in
- Meister, Polier

SELBSTSTÄNDIGE

- Landwirte
- Freie Berufe, selbständige Akademiker/in
- Sonstige Selbstständige ohne oder mit einem Mitarbeiter/in
- Sonstige Selbstständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern
- Sonstige Selbstständige mit 10 oder mehr Mitarbeitern
- Mithelfende Familienangehörige

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihre Mühe!

ABSTRACT

Im Mittelpunkt der Untersuchung standen die Zusammenhänge zwischen chronischem Stress, Strategien der Stressverarbeitung und Gesundheitsbeschwerden bei Armutsbetroffenen.

Fünf Zusammenhänge standen im Focus der Fragestellung:

- Chronische Stressbelastung und Armut/soziale Ungleichheit
- Stressverarbeitung und soziale Armut/soziale Ungleichheit
- Gesundheitsbeschwerden und Armut/soziale Ungleichheit
- Stressbelastung und Gesundheitsbeschwerden
- Stressverarbeitung und Gesundheitsbeschwerden

Basierend auf der transaktionalen Stresstheorie sowie Ressourcenmodellen wurden die moderierenden und mediatierenden Variablen im „resource appraisal“ untersucht. Weiters erfolgte eine Erfassung der subjektiven Gesundheitsbeschwerden, der aktuellen Erkrankungen und der chronischen Krankheiten der Befragten.

Als Erhebungsinstrumente dienten das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS), der Stressverarbeitungsbogen (SCF-120), der Kohärenzsinn-Fragebogen (SOC-13) und die Freiburger Beschwerdenliste (FBL-R).

Die Stichprobe bestand zu 45% aus Personen, die unter der Armutsgrenze leben. Der Rest folgte einer Zufallsauswahl der Bevölkerung.

Mittels multivariater Verfahren wurde den Zusammenhängen zwischen chronischem Stress, Stressverarbeitung und Gesundheit im Kontext sozialer Ungleichheit statistisch nachgegangen.

Ergebnisse:

Festgestellt wurde, dass Armut und Geschlecht den größten Einfluss auf chronischen Stress haben. Einkommensarme Frauen sind davon am stärksten betroffen. Chronische Besorgnis mit ihrer stressvermehrenden Wirkung tritt bei Armutsbetroffenen öfter auf als bei Nicht-

Armen. Schwer beeinträchtigt ist auch das Allgemeinbefinden. Gleichzeitig fühlen sich Armutsbetroffene häufiger matt, benommen, weniger leistungsfähig und ermüden schneller als die Normalbevölkerung. Häufiger leiden sie unter Einschlaf- und Durchschlafstörungen.

Weiters ergab sich, dass Armut und Alter den größten Einfluss auf die abgefragten Stressverarbeitungsstrategien haben. Die gute Performance Armutsbetroffener bei den Positivstrategien wird durch die schlechte bei den Negativstrategien mehr als konterkariert. Menschen unter der Armutsgrenze können eine Reihe von positiver Strategien zur Stressverarbeitung mobilisieren wie Situations- und Reaktionskontrolle oder die Suche nach Unterstützung. Die fehlende Selbstwirksamkeit und Kompetenzerwartung samt hoher Resignation führen aber zu starkem Ressourcenverlust. Der Kohärenzsinn ist deutlich niedriger als in der Normalbevölkerung. Weiters treten bei Armutsbetroffenen „chronisch“ Gratifikationskrisen auf. Mangel an Anerkennung und erfolgloses Bemühen zusammen mit der signifikanten Tendenz, sich sozial zurückzuziehen, lassen weiters auf hohe Scham schließen.

Beim Gesundheitszustand beobachteten wir, dass Armut und Geschlecht den größten Einfluss auf die aktuellen Gesundheitsbeschwerden haben. Armutsbetroffene weisen weiters eine höhere Krankheitshäufigkeit im letzten Halbjahr auf als die restliche Bevölkerung. Bei chronischen Erkrankungen unterscheiden sich Arme und Nicht-Arme, Frauen und Männer, Arbeitslose und Erwerbstätige sowie die sozialen Status-Schichten signifikant.

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass die drei Transaktionsvariablen „Kohärenzsinn“, „Mangel an Anerkennung“ und „Unfreiwilliges Alleinsein“ eine hohe Bedeutung für die Stressverarbeitung und die Gesundheitsfolgen Armutsbetroffener aufweisen. Sie mediatieren und moderieren Bewertungen und stellen gleichzeitig Ressourcen, die für sozial Benachteiligte im Copingprozess entscheidend für Entlastung oder weitere Belastung sorgen.

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name: Martin Schenk

Geburtsdaten: 30.05.1970

Vater: Otto Schenk

Mutter: Elisabeth Schenk, geb. Kellner

Lebt und arbeitet in Wien.

Schulbildung

1976-1980: Volksschule

1980 – 1988: Humanistisches Gymnasium Wien, 6.

Studium

WS 1989 bis dato: Studium der Psychologie an der Universität Wien (berufsbegleitend und mit vielen Unterbrechungen)

1995: Abschluss des psychotherapeutischen Propädeutikums

Wien, am 10.Oktober 2008