

Freie Universität Berlin  
Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie  
Studiengang „Public Health: Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“



# Der Beitrag von Lebensstil- und Milieuanätzen zur Erklärung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit

**MASTERARBEIT**

**zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Science (M.Sc.) in Public Health**

**von**

**Ralph Schilling**

(Matrikelnummer: 3398800)

**Berlin, September 2012**

Erstgutachterin: Dr. Katrin Lohmann

Zweitgutachter: Dr. Dr. Burkhard Gusy

## **Danksagung**

Mein Dank gilt Katrin Lohmann und Stephan Müters für konstruktive Kritik, Jens Hoebel für anregende Diskussionen, Livia Ryl für notwendige Korrekturen und Anna Lena Kratz für Tipps im Umgang mit der englischen Sprache.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>8</b>
1.1	Der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit.....	8
1.2	Erklärungsansätze zu gesundheitlicher Ungleichheit .....	9
1.3	Strategien zur Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit in Public Health .....	11
1.4	Die Relevanz von Zielgruppenanalysen in Public Health .....	12
<b>2.</b>	<b>Ausgangslage, Problemstellung und Forschungsziele.....</b>	<b>14</b>
2.1	Die Messung sozialer Ungleichheit .....	14
2.2	Die Beschreibung sozialer Ungleichheit im Kontext des sozialen Wandels.....	15
2.3	Methodische und konzeptionelle Probleme der Lebensstilforschung .....	18
2.4	Forschungsziele.....	19
<b>3.</b>	<b>Methodisches Vorgehen und inhaltlicher Aufbau der Arbeit .....</b>	<b>20</b>
3.1	Methodisches Vorgehen .....	21
3.1.1.	Literaturrecherche.....	21
3.1.2.	Bewertung für den Einsatz im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung.....	21
3.2	Inhaltlicher Aufbau der Arbeit .....	23
<b>4.</b>	<b>Theoretische Grundlagen zur Verbindung von sozialer Lage und Lebensführung .....</b>	<b>25</b>
4.1	Lebensstile in der Sozialwissenschaft .....	25
4.2	Das Habitus-Konzept Pierre Bourdieus.....	26
4.2.1.	Bourdieu's Kapitalbegriff.....	27
4.2.2.	Von der individuellen Kapitalausstattung zur gesellschaftlichen Klassenstruktur ....	28
4.3	Körperbezogene Ausprägungen des Habitus.....	29
4.4	Soziale Milieus.....	30
<b>5.</b>	<b>Konzeptionelle Voraussetzungen von Lebensstil- und Milieuanätzen .....</b>	<b>33</b>
5.1	Strukturabhängigkeit versus Autonomie von Lebensstilen .....	33
5.2	Lebensstile als Variablen oder Typen?.....	37
5.3	Themenzentrierte oder allgemeine Lebensstilanalyse? .....	38
<b>6.</b>	<b>Sozialstrukturanalysen mit Lebensstil- und Milieutypologien .....</b>	<b>40</b>
6.1	Die Sinus-Milieutypologie .....	40
6.1.1.	Datenbasis und Verfahren .....	40
6.1.2.	Typenbeschreibung .....	42
6.2	Die Erlebnismilieus nach Gerhard Schulze.....	44
6.2.1.	Datenbasis und Verfahren.....	44

6.2.2.	Typenbeschreibung .....	47
6.3	Die konzeptuelle Lebensführungstypologie von Otte .....	49
6.3.1.	Auswahl zentraler Dimensionen der Lebensführung .....	49
6.3.2.	Theoretische Begründung der Lebensführungsgenese .....	51
6.3.3.	Inhaltliche Beschreibung der hypothetischen Lebensführungstypen.....	53
6.3.4.	Empirische Überprüfung des Ansatzes in drei Primärerhebungen .....	55
6.3.5.	Auswahl der Indikatorenbasis .....	56
6.3.6.	Verfahren zur Typenzuweisung .....	57
6.3.7.	Empirische Validierung der Typologie .....	57
<b>7.</b>	<b>Bewertung der untersuchten Lebensstil- und Milieuansätze.....</b>	<b>60</b>
7.1	Bewertungsprofil des Ansatzes von Sinus Sociovision.....	60
7.1.1.	Informationsgehalt und Erhebungsaufwand.....	60
7.1.2.	Reproduzierbarkeit.....	60
7.1.3.	Realitätsgehalt .....	61
7.2	Bewertungsprofil des Ansatzes von Schulze.....	62
7.2.1.	Informationsgehalt und Erhebungsaufwand.....	62
7.2.2.	Reproduzierbarkeit.....	62
7.2.3.	Realitätsgehalt.....	64
7.3	Bewertungsprofil des Ansatzes von Otte.....	65
7.3.1.	Informationsgehalt und Erhebungsaufwand.....	65
7.3.2.	Reproduzierbarkeit.....	66
7.3.3.	Realitätsgehalt.....	66
<b>8.</b>	<b>Schlussfolgerungen und Diskussion .....</b>	<b>69</b>
8.1	Fazit der Bewertung.....	69
8.2	Diskussion der Bewertungsergebnisse und des methodischen Vorgehens .....	73
8.2.1.	Diskussion der Bewertungsergebnisse .....	73
8.2.2.	Diskussion des methodischen Vorgehens .....	74
8.3	Weiterer Forschungsbedarf .....	76
8.3.1.	Modellvorstellung zur Verbindung von sozialer Lage, Lebensführung und gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen .....	77
8.3.2.	Einbindung der Lebensführung in die Modellentwicklung zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit.....	79
8.3.3.	Ausblick.....	83
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>84</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Von Rosenbrock & Kümpers (2009) modifiziertes Mehrebenenmodell des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nach Elkeles & Mielck (1997). Quelle: Rosenbrock & Kümpers (2009, S. 391). Eigene Darstellung. ....	10
Abbildung 2: Mehrebenenmodell des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nach Sperlich & Mielck (2003). Quelle: Sperlich & Mielck (2003, S. 175). Eigene Darstellung. ....	17
Abbildung 3: „Bausteine“ sozialer Milieus nach Sinus Sociovision 2009. Quelle: Wippermann (2009, S. 145). Eigene Darstellung. ....	32
Abbildung 4: Die Sinus- Milieus in Deutschland 2009 und ihre geschätzten Anteile an der Gesamtbevölkerung in Prozent. Quelle: SINUS (2009, S. 13). Eigene Darstellung. ....	41
Abbildung 5: Hypothetische Milieukonstruktion auf der Basis von Alters-Bildungsgruppen nach Schulze (1992). Quelle: Otte (2008, S. 48). Eigene Darstellung. ....	45
Abbildung 6: Soziale Milieus im Raum der drei alltagsästhetischen Schemata nach Schulze (1992). Quelle: Hartmann (1999, S. 117). Eigene Darstellung. ....	46
Abbildung 7: Hypothetische Lebensführungstypen und Gesamtscores additiver Indizes zur Typenabgrenzung nach Otte. Quelle: Otte, 2008, S. 78. Eigene Darstellung. ....	52
Abbildung 8: Indikatoren für die Konstruktion der Typologie nach Otte (Kurzversion). Quelle: Otte (2008, S. 168). Eigene Darstellung. ....	56
Abbildung 9: Modifiziertes Kausalmodell der Lebensführungsgenese und ihrer Auswirkungen auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen nach Otte (2008). Quelle: Otte (2008, S. 90). Eigene Darstellung. ....	78
Abbildung 10: Integriertes Mehrebenenmodell des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nach Elkeles & Mielck (1997), Sperlich & Mielck (2003) und Otte (2008). Eigene Darstellung. ....	81

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ansätze primärpräventiver Strategien nach Rosenbrock & Kümpers (2009). Quelle: Rosenbrock & Kümpers (2009; S. 394). Eigene Darstellung. ....	13
Tabelle 2: Übersicht über Lagemerkmale, einbezogene Dimensionen und Methoden der untersuchten Lebensstil- und Milieuansätze. Quelle: Otte (2005; 2008) und eigene Recherchen. ....	59

## Zusammenfassung

### Gegenstand

Die Planung, Umsetzung und Bewertung von präventiven Strategien in Public Health erfordert Informationen über Zielgruppen und zielgruppenorientierte Zugänge. In der kommerziellen Markt- und Meinungsforschung werden für Zielgruppenanalysen und Strategien der Produktplatzierung Lebensstil- und Milieuansätze routinemäßig eingesetzt (Diaz-Bone, 2004). Im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung findet ihr Einsatz jedoch nur sporadisch und unsystematisch statt. Die vorliegende Arbeit geht deshalb der Frage nach, welchen Beitrag Lebensstil- und Milieuansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit und der Identifikation von Zielgruppen für präventive Strategien in Public Health leisten können, und was den systematischen Einsatz dieser Konzepte der modernen Ungleichheitsforschung im Rahmen der Gesundheitswissenschaft bisher verhindert.

### Methode

Im analytischen Teil dieser Arbeit werden mittels Literaturrecherchen die Stärken und Schwächen der Ansätze von Sinus Sociovision, Gerhard Schulze (1992) und Gunnar Otte (2005, 2008) hinsichtlich nachvollziehbarer und für den Einsatz wichtiger Kriterien vergleichend untersucht. Dazu gehören ihr *Informationsgehalt*, ihre *Reproduzierbarkeit*, ihr *Realitätsgehalt* und der mit ihrer Verwendung verbundene *Erhebungsaufwand*. Im theoretischen Teil wird das Potenzial von Lebensstilen und Milieus für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit erörtert und ein Vorschlag zur Integration der Lebensführung in die bestehenden theoretischen Erklärungsmodelle gesundheitlicher Ungleichheit erarbeitet.

### Ergebnisse

Die Ergebnisse der vergleichenden Analyse zeigen, dass Lebensstil- und Milieuansätze eine Vielfalt von Informationen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit und zur Identifikation von Zielgruppen für primärpräventive Interventionen liefern können. Zum Teil entziehen sich die untersuchten Ansätze aber aufgrund ihrer kommerziellen Ausrichtung der intersubjektiven Überprüfbarkeit. Des Weiteren sind die auf einem induktiv-empiristischen Vorgehen basierenden Ansätze mit einem großen Erhebungsaufwand verbunden und weisen erhebliche Probleme bezüglich ihrer Reproduzierbarkeit auf. Eine deduktiv-theoretische Variante von Otte (2005; 2008) kann diese Probleme überwinden und basiert auf nur zehn Indikatoren für den Einsatz in der empirischen Forschung.

### Schlussfolgerungen

Durch die vergleichende Analyse kann gezeigt werden, dass mit dem Lebensführungskonzept von Otte ein ökonomisches einsetzbares und empirisch validiertes Instrument der Lebensstilforschung vorliegt, das für die gesundheitswissenschaftliche Forschung genutzt werden könnte. Dadurch ließe sich ein wichtiger Beitrag leisten, das Verständnis von gesundheitlicher Ungleichheit zu erweitern und für ihre Verminderung die Qualität präventiver Strategien in Public Health zu verbessern.

## **Abstract**

### **Objectives**

In order to develop, implement and evaluate preventive strategies in public health, information about target groups and target group-orientated access is required. In commercial market and business research, lifestyle analyses are used on a routine basis to identify target groups and strategies of product placement (Diaz-Bone, 2004). In health science, however, they are applied only sporadically and unsystematically. The following article discusses in what way lifestyle analyses may contribute to explain health inequalities and to identify target groups for preventive strategies in public health. And respectively, what may have prevented the application of these concepts in health science so far.

### **Methods**

By means of a literature research, the analytical part provides an illustration of the strengths and weaknesses of the lifestyle approaches by Sinus Sociovision, Gerhard Schulze (1992) and Gunnar Otte (2005; 2008) in terms of information content, replicability, substance of reality and the needed number of items, i.e. the effort for administer lifestyle in health surveys. The theoretical part of this thesis provides a discussion about how lifestyle analyses may explain health inequalities. In addition, a proposal for integrating lifestyle in present theoretical explanatory models of health inequities is made.

### **Results**

The comparative analysis shows that the evaluation of lifestyle may provide a variety of information to explain health inequalities and to identify target groups for primary preventive strategies. However, some of the analyzed approaches deprive any intersubjective verifiability due their commercial orientation. Furthermore, these approaches based on inductive empirical methods involve a lot of effort due to the number of items needed and further problems concerning their replicability. The deductive theoretical approach by Otte (2005; 2008) overcomes these difficulties as it merely consists of ten items for empirical research.

### **Conclusions**

The lifestyle approach by Otte can be considered as a theoretically derived and replicable research instrument that is economical to use and intersubjectively verifiable and therefore should be applied in health science. In doing so, a significant contribution to a better understanding of health inequities could be made and a higher quality in preventive strategies in public health achieved.

# 1. Einleitung

## 1.1 Der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit

Was wissen wir über gesundheitliche Ungleichheit? Bereits seit der frühen Industrialisierung wird der Einfluss sozialer Ungleichheit auf Gesundheit und Krankheit beobachtet (Siegrist & Marmot, 2008). Die Auswirkungen von mangelnder oder ungesunder Ernährung, schlechten Wohn-, Umwelt- und Arbeitsverhältnissen sowie Formen der Gewalt aufgrund prekärer rechtlicher und politischer Verhältnisse auf die Entstehung von Krankheit und Tod ist unmittelbar einleuchtend. Wurde im Zuge der europäischen Wohlfahrtsstaatsentwicklung noch davon ausgegangen, dass soziale und damit verbunden gesundheitliche Ungleichheit im Laufe der Zeit immer stärker reduziert werden würde (Schelsky, 1965), ist diese Vorstellung mit der zunehmenden Zahl sozialepidemiologischer Befunde zu gesundheitlicher Ungleichheit bis heute nichts als eine Utopie geblieben. Nach wie vor finden sich selbst in Ländern jenseits existenziell bedrohlicher Armut und Benachteiligung zwischen Angehörigen verschiedener sozialer Schichten beträchtliche Unterschiede von Morbidität und Mortalität – so auch in Deutschland.

Zum Zusammenhang von sozialer Schichtzugehörigkeit und den Gesundheitschancen und -risiken der Menschen in Deutschland zeigen die Befunde in großer Übereinstimmung, dass bis auf wenige Erkrankungen, wie Allergien und bestimmten Krebserkrankungen, Menschen in sozial benachteiligten Schichten höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten aufweisen (Mielck, 2000; Helmert, 2003; Lampert et al., 2005; 2011; Richter & Hurrelmann, 2009). Quer zur vertikalen Schichtung existieren aber auch horizontale soziale Unterschiede zwischen Menschen verschiedenen Geschlechts, Alters und ethnischer Herkunft (Zapf & Habich, 1996). Teilweise können diese Unterschiede über Schichtungsmerkmale vermittelt werden - so verdienen Männer häufig mehr Geld als Frauen bei gleicher Tätigkeit, verfügen Junge meist über höhere Bildungsabschlüsse als Alte oder besitzen Einheimische oft einen höheren beruflichen Status als Migranten. Teilweise liegen diese Unterschiede aber auch schichtunabhängig vor und lassen sich nicht einer hierarchischen Rangfolge von „oben und unten“ zuordnen, die den Begriffen „Schicht“ bzw. „Klasse“ inhärent ist. Unter dem Begriff der „sozialen Lage“ werden diese vertikalen und horizontalen sozialen Unterschiede zusammengefasst (Mielck, 2000).

Im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung werden gesundheitliche Unterschiede deshalb nicht nur entlang schichtungs- bzw. klassenspezifischer Dimensionen wie Einkommen, Bildung und beruflichem Status untersucht, sondern auch für Alter, Geschlecht und ethnische Herkunft. Dabei zeigt sich beispielsweise, dass Frauen gegenüber Männern eine höhere Morbidität, aber eine geringere Mortalität aufweisen; bei Älteren ist sowohl die Morbidität als auch die Mortalität gegen-



über Jüngeren erhöht (Richter & Hurrelmann, 2009). Zum Teil sind diese unterschiedlichen Morbiditäts- und Mortalitätsraten über biologische oder schichtassoziierte Unterschiede in gesundheitsbezogenen Belastungen und Ressourcen zu erklären (Hradil, 2009). Die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern oder das erhöhte Krankheitsrisiko von Migranten sind jedoch ebenso stark mit alters-, geschlechts- und herkunftsspezifischen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und Einstellungen assoziiert, wie Unterschieden im Risikoverhalten, der Wahrnehmung von Symptomen oder der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (Richter & Hurrelmann, 2009). Diese Unterschiede bilden Herausforderungen für Interventionen von Akteuren aus Gesundheitsförderung und Prävention<sup>1</sup>.

## 1.2 Erklärungsansätze zu gesundheitlicher Ungleichheit

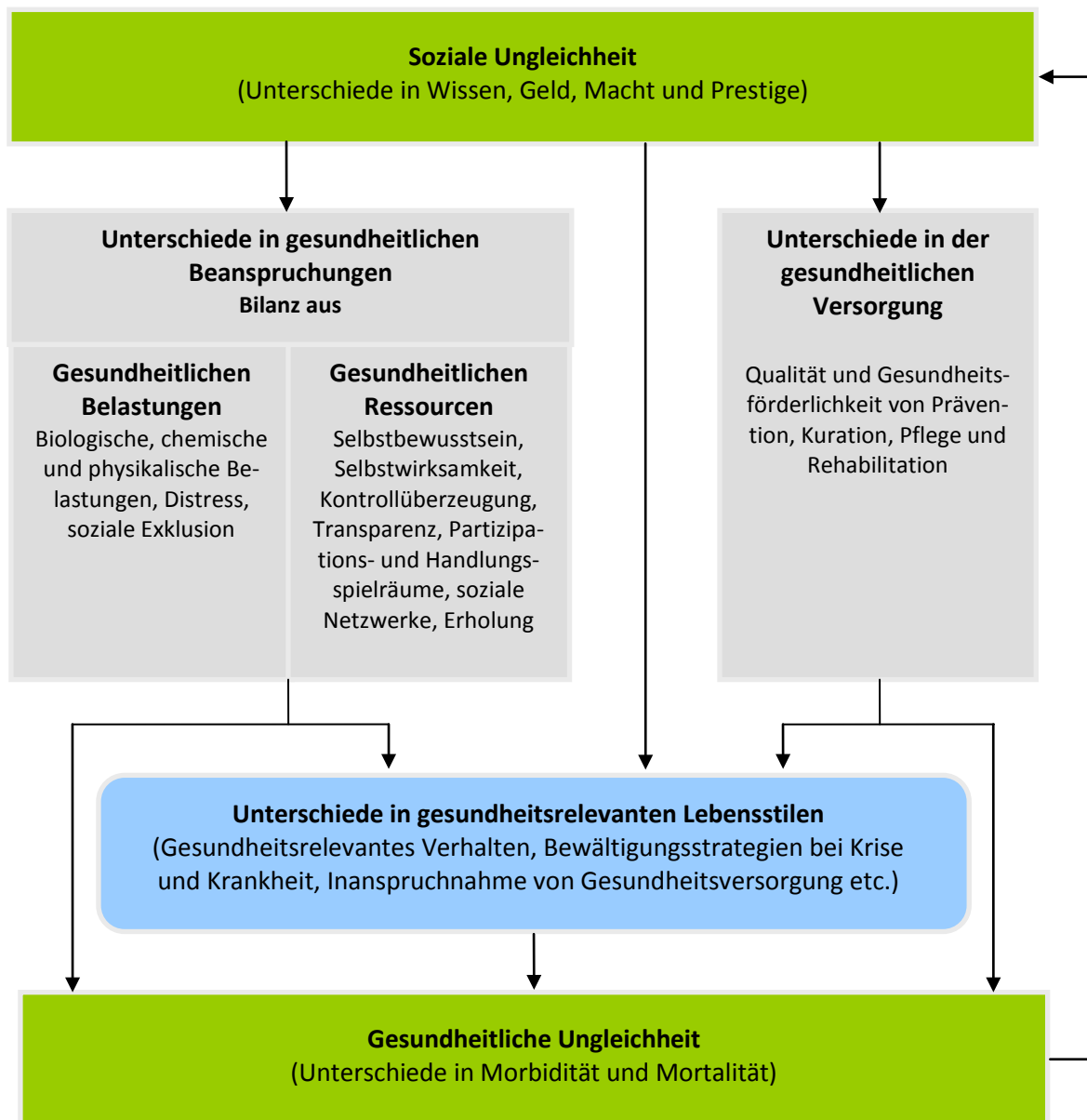
Anfang der 1980er Jahre schlugen Townsend und Davidson (1988) sowie Whitehead (1988) neben einer begrifflichen Bestimmung des normativen Unterschieds von „health inequalities“ und „health inequities“<sup>2</sup> verschiedene Erklärungsansätze zur Interpretation des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit und Krankheit vor. In Deutschland hat sich für sozial induzierte Unterschiede in Gesundheit und Krankheit der Begriff der gesundheitlichen Ungleichheit etabliert. Neben der Produktion von statistischen Artefakten durch Fehler bei der Messung und der Erklärung über die Ursache-Wirkungs-Beziehung von gesundheitlicher zu sozialer Ungleichheit, kommen demnach Ansätze der Verursachung sozial induzierter gesundheitlicher Risiken durch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen oder strukturell-materielle Lebensverhältnisse von Menschen infrage. In Anlehnung an einen Modellvorschlag von Steinkamp (1993) zur Erklärung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und individuellen Stress- oder Krankheitsprozessen, brachten Elkeles und Mielck (1997) die beiden Haupterklärungsansätze der verhältnis- und verhaltensbezogenen Verursachung gesundheitlicher Ungleichheit mithilfe eines hierarchischen Mehrebenenmodells in einen systematischen theoretischen Zusammenhang (Abbildung 1).

Demnach wird der Wirkungszusammenhang von sozialer auf gesundheitliche Ungleichheit über personelle, umweltbezogene, soziale, institutionelle und verhaltensbezogene Mechanismen vermittelt. Diese Mechanismen auf der Vermittlungsebene korrespondieren dabei mit verschiedenen materiellen, zeitlichen und kognitiven Ressourcen von Menschen aufgrund der unterschiedlichen Ausstattung mit „Wissen, Geld, Macht und Prestige“ (Elkeles & Mielck, 1997, S. 140).

---

<sup>1</sup> Einen Überblick über Grundlagen, Probleme und Perspektiven zum Thema bietet das Buch von Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. Zu einzelnen Erkrankungen kann auch auf Beiträge im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes verwiesen werden.

<sup>2</sup> Demnach bezeichnet der Begriff „health inequalities“ soziale Unterschiede im Gesundheitszustand generell, während der Begriff „health inequities“ eine normative Wertung von sozial induzierter gesundheitlicher Ungleichheit beinhaltet (Elkeles & Mielck 1997).



**Abbildung 1:** Von Rosenbrock und Kümpers (2009) modifiziertes Mehrebenenmodell des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nach Elkeles und Mielck (1997). Quelle: Rosenbrock & Kümpers (2009, S. 391). Eigene Darstellung.

### 1.3 Strategien zur Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit in Public Health

Der britische Sozialmediziner Thomas McKeown (1982) konnte im Rahmen historischer epidemiologischer Studien zu Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten zeigen, dass vor allem Verbesserungen der Hygiene, der Umweltverhältnisse, der Ernährung, der Bildung sowie technische und soziale Reformen in der Arbeitswelt die Ausbreitung von Infektionskrankheiten vor allem unter sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen entscheidend verminderten. Dies unterstreicht die Bedeutung der Verbesserung sozialer Verhältnisse zur Erhöhung der Gesundheitschancen von Menschen und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit. In Zeiten des soziodemografischen Wandels ist der sozialpolitische Handlungsspielraum für die Veränderung sozialer Verhältnisse durch Maßnahmen, die an den Lebensbedingungen von Menschen ansetzen, jedoch zunehmend begrenzt (Nowossadek, 2012; RKI, 2009). Für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung muss es deshalb perspektivisch darum gehen, durch möglichst selbst tragende Interventionen der Verhaltens- und Verhältnisprävention, Gesundheitsbelastungen von Menschen in benachteiligten sozialen Lagen zu verringern und ihre Gesundheitsressourcen durch die Entwicklung entsprechender Kompetenzen zu stärken (Rosenbrock & Kümpers, 2009).

Public Health, als ein interdisziplinär orientierter Teilbereich der Gesundheitswissenschaften, dient der Verwirklichung dieses Ziels. Dem Ansatz der Ottawa-Charta der World Health Organization aus dem Jahr 1986 (WHO, 1986, S. 1) folgend, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“, wird Primärprävention von Akteuren in Public Health als Korrelat von Belastungssenkung und Gesundheitsförderung im Sinne des Erwerbs von spezifischen und unspezifischen Kompetenzen durch Partizipation und praktische Befähigung verstanden (Rosenbrock, 2004). Dazu werden in Public Health die hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch fassbaren Verursachungsbeziehungen und Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt analysiert (Rosenbrock, 2004). Im Zentrum steht dabei der Versuch, durch evidenzbasierte Maßnahmen der Steuerung des Systems der gesundheitlichen Versorgung sowie Strategien der Prävention die Erkrankungs-, Progredienz- und Sterbewahrscheinlichkeit auf Gruppen- bzw. Bevölkerungsebene zu vermindern (Rosenbrock, 1997). Neben dem populationsbezogenen Blickwinkel unterscheidet sich Public Health vom individualbezogenen Ansatz der Medizin zusätzlich durch die salutogene Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Demnach wird Gesundheit nicht einfach als ein Zustand der Abwesenheit von Krankheit betrachtet, sondern als ein Kontinuum gesundheitsrelevanter Gleichgewichtszustände auf der Basis der Wechselbeziehungen von gesundheitsbezogenen Belastungen und Ressourcen (Antonovsky, 1987). Ein weiterer Unterschied gegenüber der Medizin besteht im ätiologischen Verständnis der Entstehungsursachen von Gesundheit und Krankheit, das neben den indivi-

duellen biologischen Voraussetzungen von Menschen auch ihre psychosozialen und sozialen Bedingungen im Kontext ihrer gesundheitsbezogenen lebensweltlichen Verhältnisse ins Blickfeld rückt (Rosenbrock, 1997).

#### **1.4 Die Relevanz von Zielgruppenanalysen in Public Health**

Analog zu Medizinern haben sich Akteure in Public Health verpflichtet, die Qualität von präventiven Interventionen mithilfe wissenschaftlicher Methoden zu gewährleisten. Nach der Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine bezeichnet „Qualität das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen.“ (Lohr, 1990; zit. nach Rosenbrock, 2004). Im Unterschied zu medizinischen Interventionen, die am Individuum ansetzen und ihre Evidenz (zumindest teilweise) aus kontrollierten und randomisierten Studiendesigns beziehen, zielen Maßnahmen und Strategien im Rahmen von Public Health häufig auf primärpräventive Interventionen innerhalb komplexer sozialer Systeme ab, in denen sich die Untersuchungsbedingungen, wenn überhaupt, nur schwer standardisieren und kontrollieren lassen. Einen Nachweis, der in der Lage ist, die Wirksamkeit solcher Interventionen eindeutig auf ihre Planung und Umsetzung zurück zu führen, ist jedoch aufgrund der komplexen Ursache-Wirkungs-Beziehungen innerhalb dieser Systeme nur schwer zu erbringen. Das Ziel, gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen durch primärpräventive Maßnahmen zu beeinflussen, erfordert deshalb die Entwicklung und den Einsatz von Instrumentarien, mit denen die Voraussetzungen für sozial bedingte Unterschiede in gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen erklärt werden können. Da die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten der gesundheitlichen Versorgung selbst von gesundheitsbezogenen Einstellungen abhängt (Wippermann, 2009), können Strategien, die diese Einstellungen bei der Planung und Umsetzung außer Acht lassen, sogar zu einer Vergrößerung von gesundheitlicher Ungleichheit führen. Beispielsweise wenn präventive Angebote zur Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen im Ergebnis eher besser situierte soziale Schichten erreichen.

Rosenbrock und Kümpers (2009) unterscheiden insgesamt sechs Ansätze primärpräventiver Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Problemlagen, die auf verschiedenen Interventionsebenen angesiedelt sind. Dabei versucht ein Teil dieser Ansätze über Information, Aufklärung und Beratung individuelle gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu beeinflussen, während der andere Teil auf die Verbesserung gesundheitsrelevanter sozialer Verhältnisse abzielt (Tabelle 2). Nach Effizienz- und Effektivitätsmaßstäben gilt derzeit der kontextbezogene Settingansatz als Goldstandard. Dieser ist in besonderer Weise geeignet, Zugänge zu Menschen in ihren Arbeits- und Lebenskontexten, wie Schu-

len, Betrieben oder auch ganzen Stadtteilen zu eröffnen und diese zur gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer sozialen Verhältnisse zu befähigen (Rosenbrock & Kümpers, 2009).

**Tabelle 1:** Ansätze primärpräventiver Strategien nach Rosenbrock und Kümpers (2009). Quelle: Rosenbrock & Kümpers (2009; S. 394). Eigene Darstellung.

	<b>Information, Aufklärung, Beratung</b>	<b>Kontextbezug</b>
<b>Individuum</b>	Primärprävention ohne Beeinflussung des Kontexts (z. B. ärztliche Gesundheitsberatung, Gesundheitskurse)	Primärprävention mit Beeinflussung des Kontexts (z. B. präventiver Hausbesuch)
<b>Setting</b>	Primärprävention im Setting (z. B. Anti-Tabak Aufklärung in Schulen)	Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings (z. B. betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung)
<b>Bevölkerung</b>	Kampagnen ohne Kontextbezug (z. B. „Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“)	Kampagnen mit Kontextbezug (z. B. HIV/Aids-Kampagne)

Die für primärpräventive Interventionen infrage kommenden Settings können sich dabei sowohl bezüglich ihrer geografischen Ausdehnung als auch hinsichtlich ihrer sozialen Zusammensetzung unterscheiden. Auch wenn kontextbezogene Settingansätze den Zugang zu Menschen innerhalb ihrer Arbeits- und Lebensbedingungen prinzipiell gewährleisten, bleiben innerhalb dieser Settings die für moderne Gesellschaften charakteristischen sozial geprägten Unterschiede in gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen weiterhin wirksam. Beispielsweise sind viele verhaltensbezogenen Unterschiede im Umgang mit dem eigenen Körper, im Risikoverhalten oder dem Umgang mit Erkrankungen zwischen Frauen und Männern auf die Auseinandersetzung mit sozialisierten, gesellschaftlich bedingten Rollenerwartungen und -anforderungen und damit auf entsprechende Einstellungen und Sozialisationsmuster zurück zu führen (Helfferich, 1993). Bereits im Kindes- und Jugendalter finden sich deshalb deutliche Unterschiede in gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen zwischen Mädchen und Jungen, die sich auch in späteren Lebensphasen auswirken. Jungen neigen demnach eher zu externalisierendem Risikoverhalten wie illegalem Drogenkonsum, riskantem Verhalten im Straßenverkehr und Gewalt. Mädchen neigen stattdessen eher zu Medikamentenkonsum oder Essstörungen (Helfferich, 2001). Entsprechend weisen Männer im Vergleich zu Frauen ein eher funktionalistisch-instrumentelles Verhältnis zu ihrem Körper auf, das einseitig auf Leistungserhalt und die Verdrängung von Symptomen ausgerichtet ist (Hollstein, 2002; Brandes, 2003). Inwieweit die Wirksamkeit von primärpräventiven Interventionen gewährleistet werden kann, hängt deshalb wesentlich von der Entwicklung adäquater Verfahren und Instrumente zur Identifikation von Zielgruppen und zielgruppenorientierten Zugängen vor der Umsetzung einer Intervention und ihrer Bewertung im Rahmen der Evaluationsforschung ab. Die bloße Beschreibung von sozialer Ungleichheit entlang schicht- bzw. klassenspezifischer Dimensionen von Wissen, Geld, Macht und Prestige stößt hier jedoch an ihre Grenzen.

## 2. Ausgangslage, Problemstellung und Forschungsziele

### 2.1 Die Messung sozialer Ungleichheit

Die Beschreibung sozialer Ungleichheit entlang ihrer Dimensionen Wissen, Geld, Macht und Prestige beruht besonders in modernen Industriegesellschaften auf der Annahme, dass Bildung und Wohlstand, die Teilhabechancen von Menschen in besonderer Weise determinieren (Hradil, 1992). Neben der Beschreibung von sozialer Ungleichheit auf der Basis von Einzelindikatoren des Berufsstatus (oder dem damit verbundenen Prestige), der Einkommenshöhe und dem Bildungsgrad, werden diese auch häufig zu einem Sozialschichtindex kombiniert, um die individuelle Position innerhalb der Schichthierarchie zu bestimmen.<sup>3</sup>

Die bestehenden Konzepte zur Bildung von Schichtindizes unterscheiden sich dabei nicht nur hinsichtlich der gewählten Verfahren zur „Messung“ der Merkmale Bildung, Berufsstatus und Einkommen, sondern auch bezüglich des Gewichts, mit dem die einzelnen Indikatoren in die Berechnung einfließen. Darüber hinaus existieren verschiedene Varianten, wie die Kategorien, die die Schichtungsstruktur abbilden sollen, konstruiert werden können (Lampert & Kroll, 2009). Neben Problemen in der Bestimmung des Gewichts sowie der Produktion von Statusinkonsistenzen<sup>4</sup>, beruhen auch die einbezogenen Indikatoren meist auf unsicheren Angaben (Einkommen) oder betreffen nur einen Teil gesellschaftlicher Gruppen (berufliche Stellung). Darüber hinaus korreliert der Indikator Bildungsabschluss eng mit dem Alter, denn der ältere Teil der Bevölkerung verfügt meist über einfache Bildungsabschlüsse. Auch wenn „die wesentlichen Komponenten der Schichtungsstruktur bzw. der individuellen Schichtzugehörigkeit erfasst werden“ (Hradil, 2009, S. 39), liefert ein mithilfe dieser drei Dimensionen gebildeter Index nur einen groben Überblick über die Verteilung sozialer Ungleichheit.

Aus Sicht von Akteuren aus Gesundheitsförderung und Prävention kommt erschwerend hinzu, dass den so konzipierten Schichten, die als Kategorien gesellschaftlicher Stratifizierung eher analytischen Zwecken dienen, Menschen nur zugeordnet werden können. Auf diese Weise kann beispielsweise die untere Sozialschicht anhand der Indikatoren Einkommenshöhe, Bildungsgrad und beruflichem Status beschrieben werden. Über die Menschen, die diesen Schichten angehören und ihren gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, ihren Werten, Wahrnehmungen und Einstellungsmustern kann jedoch mithilfe dieser Beschreibungen nichts ausgesagt werden. Die Identifikation von Zielgruppen für Maßnahmen im Rahmen verschiedenster Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention ist damit ebenfalls nicht möglich. Auch die Aussagekraft von Beschreibungen gesundheitli-

---

<sup>3</sup> Einen Überblick über bestehende Konzepte der Indexbildung bietet Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Verlag Hans Huber.

<sup>4</sup> Ein häufig zitiertes Beispiel ist der promovierte Taxifahrer der unter Umständen mit einer reichen Erbin ohne Bildungsabschluss der gleichen Schicht zugeordnet wird.

cher Ungleichheit entlang alters-, geschlechts- und herkunftsspezifischer Merkmale ist hier begrenzt. Denn die Tatsache, dass jemand einer bestimmten Altersgruppe, einem bestimmten Geschlecht oder einer ethnischen Gruppe angehört, gibt noch keinen Aufschluss darüber, warum diese Menschen sich in gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wie beispielsweise der Ernährung oder hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung unterscheiden.

## **2.2 Die Beschreibung sozialer Ungleichheit im Kontext des sozialen Wandels**

Bereits seit den 1980er Jahren geben Vertreter der Individualisierungsthese (z. B. Beck, 1986) zu bedenken, dass die vorherrschende Orientierung an gesellschaftlichen Schicht- und Klassenmodellen und die damit verbundene Konzentration auf sozioökonomische Indikatoren wie Bildung, beruflicher Status und Einkommen ihr Potenzial zur Erklärung sozialer Ungleichheit zunehmend einbüßen würde (Müller-Schneider, 1996). Neben der bereits angesprochenen Problematik von Statusinkonsistenzen, zielt die Beschreibung von gesellschaftlich induzierter Ungleichheit entlang schicht- und klassenspezifischer Dimensionen an den komplexen Lebensbedingungen sowie den diese Bedingungen konstituierenden kulturellen Wert- und Identitätsmustern unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen vorbei (z. B. Hradil, 1987; 1997a; 2009; Siegrist, Dragano & von dem Knesebeck, 2009). Vielmehr habe im Zuge des sozialen Wandels eine „Entkopplung der menschlichen Subjektivität von objektiven Strukturen“ (Otte, 2008, S. 19) stattgefunden. Infolgedessen seien neue soziale Ungleichheitslagen entstanden, die nur mithilfe subjektiver Strukturmerkmale beschrieben werden könnten. Zwar werde die Lebensführung von Menschen nach wie vor von objektiven Strukturdeterminanten wie der Ausstattung an materiellen, zeitlichen und kognitiven Ressourcen begrenzt. Jedoch sei nicht diese Ausstattung selbst, sondern ihre Wahrnehmung und Bewertung für das Verhalten von Menschen ausschlaggebend (Müller-Schneider, 1996).

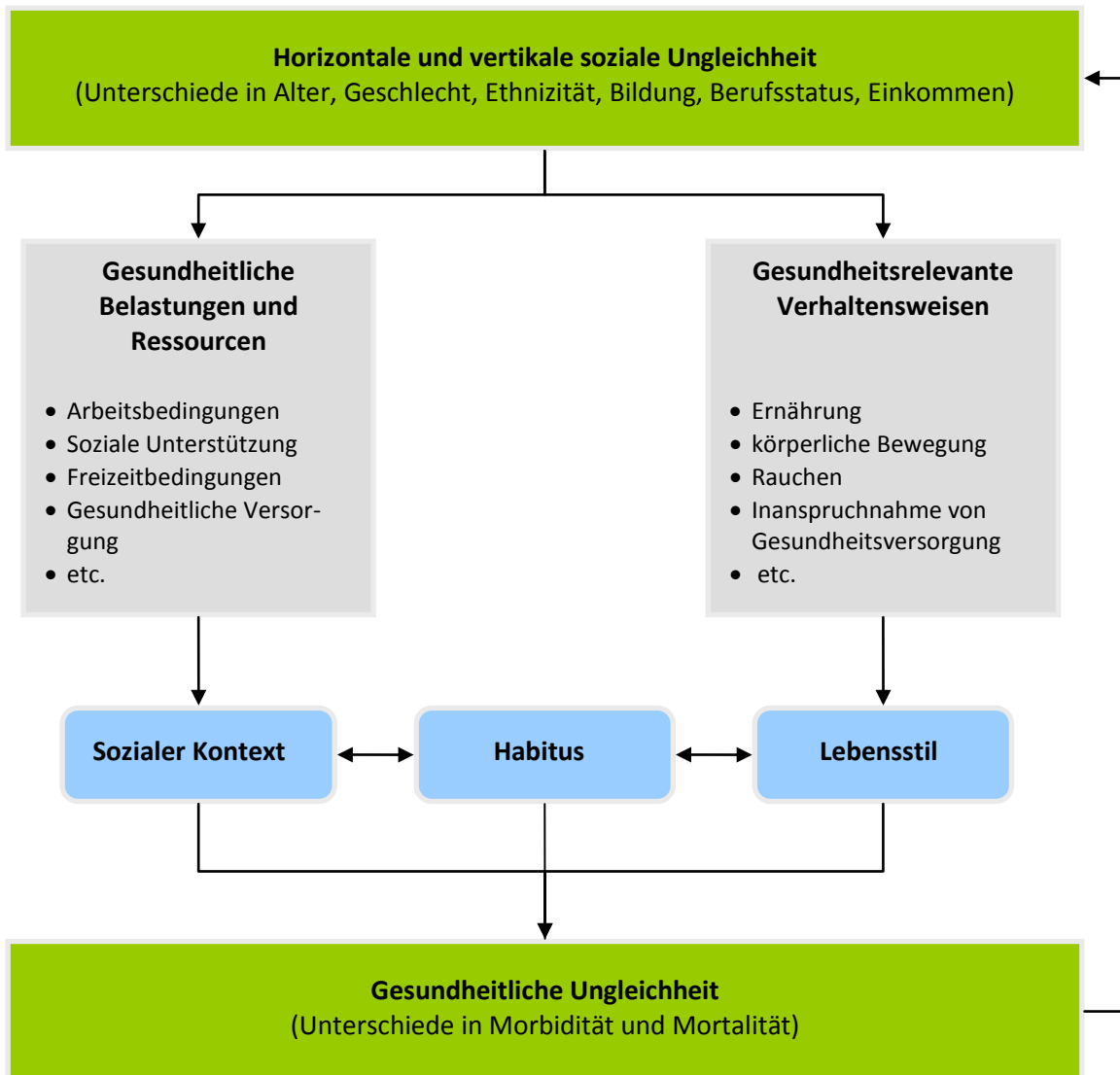
Lebensstil- und Milieuansätze in Verbindung mit dem Habitus-Konzept des französischen Soziologen Pierre Bourdieu setzen an diesem Punkt an und versuchen durch eine Verbindung von strukturellen und handlungstheoretischen Dimensionen die soziokulturellen Voraussetzungen menschlicher Verhaltensweisen zu entschlüsseln. Eingang in die Diskussion um gesundheitliche Ungleichheit fanden diese Konzepte etwa Mitte der 1990er Jahre. Lebensstile werden seit dieser Zeit als zentrale Schnittstelle zwischen sozialwissenschaftlicher und gesundheitswissenschaftlicher Forschung betrachtet (Nideröst, 2007). Für eine Erklärung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit, die auch Aussagen über sozial bedingte Unterschiede in gesundheitsrelevanten Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata von Menschen ermöglicht - so die mit dieser Betrachtung verbundene Forderung - müssten Sozialstrukturanalysen innerhalb der sozialepidemiologischen Forschung durch Ansätze der Lebensstil- und Milieuforschung ergänzt und für gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen angepasst werden (Müller, 1992; Abel & Rütten, 1994; Müller-Schneider, 1996;

Sperlich & Mielck, 2003; Behrens, 2009; Hradil, 2009; Vester, 2009). Dadurch könne erklärt werden, wie sozial geprägte Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen, Ressourcen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen über lebensstil- und milieuspezifische Sozialisationsmuster von einer Generation an die nächste „vererbt“ (Hradil, 2009) und als Einstellungen zum und Wahrnehmungen vom Körper quasi in den Körper „eingeschrieben“ (Kolip, 2009, S. 66) werden. Für die Gesundheit bedeutsame Entscheidungen zur Lebensführung, beispielsweise dazu, sich mit dem Mercedes oder dem Mountainbike fortzubewegen oder sich vegetarisch oder fleischhaltig zu ernähren, basieren somit auch immer auf sozial geprägten, teilweise bewussten, teilweise unbewussten Überzeugungen oder ästhetischen Maßstäben, die bei der Auswahl, Planung und Umsetzung von primärpräventiven Interventionen berücksichtigt werden sollten.

Für eine gesundheitswissenschaftliche Rezeption dieser Grundannahmen zur Verbindung von strukturellen und handlungstheoretischen Dimensionen innerhalb der modernen Ungleichheitsforschung legten Sperlich und Mielck (2003) eine Modifikation der bestehenden Erklärungsmodelle von Steinkamp (1993) sowie Elkeles und Mielck (1997) vor (Abbildung 2). Dabei werden die Zusammenhangsebenen von gesundheitsrelevantem Verhalten, sozialstrukturellen Kontexten und gesundheitsbezogenen Einstellungen der bestehenden Modelle aufgegriffen und mithilfe des Bourdieuschen Habituskonzepts (vgl. dazu Kapitel 4.2) theoretisch verknüpft. Als mögliche Facetten eines gesundheitsbezogenen Habitus schlagen die Autoren vor, auf gesundheitspsychologische Dimensionen wie Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Sense of Coherence oder subjektive Gesundheitskonzepte zurückzugreifen, um die Wechselbeziehungen von sozialen Kontextfaktoren und gesundheitsbezogenen Lebensstilen abbilden zu können. Ob diese rein kognitiven Konstrukte auf der Ebene von Persönlichkeitsmerkmalen theoretisch auf der gleichen Ebene wie der Habitus liegen, muss jedoch erst noch gezeigt werden, da die motivationalen Komponenten des Habitus dabei außer Acht gelassen werden. Derzeit besteht hinsichtlich der Konzeption eines gesundheitsbezogenen Habitus somit noch erheblicher Forschungsbedarf (Nideröst, 2007). Das Modell von Sperlich und Mielck (2003) stellt jedoch eine wichtige Weiterentwicklung zur theoretischen Erklärung der sozialen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit dar und verweist dabei gleichzeitig auf ein soziologisches Forschungsfeld, das bisher für Strukturanalysen in der Sozialepidemiologie kaum genutzt wird.

Die Hoffnung der Befürworter eines Einsatzes von Instrumenten der Lebensstil- und Milieuforschung innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Forschung basiert somit auf einem besseren Verständnis der sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit und der damit verbundenen Möglichkeit, auf der Basis von Informationen, die Aufschluss zu den sozialen Voraussetzungen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen von Menschen geben, bessere Zugänge zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen für primärpräventive Interventionen zu gewinnen.





**Abbildung 2:** Mehrebenenmodell des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nach Sperlich und Mielck (2003). Quelle: Sperlich & Mielck (2003, S. 175). Eigene Darstellung.

## 2.3 Methodische und konzeptionelle Probleme der Lebensstilforschung

Mit dem Einsatz bestehender Lebensstil- und Milieuansätze im Rahmen der Sozialstrukturforschung sind jedoch nicht nur Hoffnungen, sondern auch erhebliche methodische und konzeptionelle Bedenken verbunden. So besteht selbst unter Befürwortern von Sozialstrukturanalysen mithilfe von Lebensstil- und Milieuanätzen bisher kein Konsens darüber, wie diese konzeptualisiert und operationalisiert, d. h. in messbare Größen übersetzt werden sollen.

Otte (2005, 2008), der eine Metaanalyse der Publikationen der Lebensstil- und Werteforschung der 1980er und 1990er Jahre durchgeführt hat, konstatiert dazu: „Trotz langjähriger Diskussion hat sich in der [...] Lebensstilforschung kein kumulatives Forschungsprogramm etablieren können. Die empirischen Lebensstiltypologien sind kaum vergleichbar und replizierbar, in ihrem Realitätsgehalt mitunter fraglich, theoretisch meist unzureichend begründet und in der Erhebung aufwändig“ (Otte, 2005, S. 442). Die hier aufgeführten Kritikpunkte stehen dabei mit der Auswahl und der Anwendung der jeweiligen Konstruktionsverfahren im Zusammenhang. Nach Otte (2008, S. 45f.) lassen sich diese folgendermaßen zusammenfassen:

- In der Regel werden Lebensstiltypen nicht aus theoretischen Modellen deduziert und a priori festgelegt, sondern induktiv auf der Basis einer Vielzahl von Indikatoren mittels eines statistischen Ordnungsverfahrens (meist Faktoren- oder Diskriminanzanalysen) gebildet.
- Die Zuweisung der Personen zu den jeweiligen Typen erfolgt durch den Einsatz von Cluster- oder Korrespondenzanalysen in Relation zu den Merkmalsausprägungen aller anderen Fälle innerhalb der jeweiligen Stichprobe. Die resultierenden Typologien entstehen somit datengesteuert mittels mathematischer Algorithmen und sind deshalb meist nur schwer auf der Basis anderer Stichproben oder einer veränderten Itembasis reproduzierbar.
- Die Reproduzierbarkeit hängt darüber hinaus von Entscheidungen ab, die Forschende in Bezug auf die Anwendung der jeweiligen Verfahren treffen müssen. Zum einen entzieht sich die Reproduktion von Lebensstiltypologien damit der Kontrolle, zum anderen unterliegt sie in erheblichem Maße der Willkür.
- Meist geschieht die Auswahl der jeweiligen Indikatoren zur „Messung“ von Lebensstilen unter der Prämisse, dass eine möglichst große Zahl von Variablen dazu führt, Lebensstile möglichst ganzheitlich und lebensweltnah erfassen zu können. Ihre statistische Kombination führt dann zu inhaltlich definierbaren Merkmalsprofilen und Personenaggregaten. Zum Teil lassen sich auf diese Weise tatsächlich wirklichkeitsnahe Lebensstiltypen mit hoher Plausibilität identifizieren, zum Teil entstehen aber auch statistische Artefakte, deren Realitätsgehalt eher fragwürdig ist.

## 2.4 Forschungsziele

Aufgrund der beschriebenen methodischen und konzeptionellen Probleme ist die anfängliche Euphorie in den 1970er und 1980er Jahren mittlerweile einer weit verbreiteten Skepsis gegenüber dem Einsatz von Lebensstil- und Milieuansätzen für wissenschaftliche Sozialstrukturanalysen gewichen (Hartmann, 1999). In der Markt- und Meinungsforschung sind diese Ansätze für Zielgruppenanalysen und Strategien der Produktplatzierung jedoch etabliert und werden routinemäßig eingesetzt (Diaz-Bone, 2004). Im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung findet ihr Einsatz - wenn überhaupt - nur relativ unsystematisch statt.

Die Ziele der vorliegenden Arbeit sind es deshalb, einen Überblick über ausgewählte Ansätze der Lebensstilforschung zu liefern und mithilfe von nachvollziehbaren und für den Einsatz relevanter Kriterien eine begründete Empfehlung für die systematische Verwendung eines bestehenden Lebensstilkonzepts im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung abzugeben. Die im Rahmen dieser Arbeit vorgenommene Untersuchung dient dabei der Beantwortung folgender Fragestellungen:

1. *Sind mithilfe der bestehenden Ansätze gesundheitswissenschaftlich relevante Aussagen auf Bevölkerungsebene möglich?*
2. *Sind die Ergebnisse für sozialstrukturelle Trendanalysen reproduzierbar und damit über den Zeitverlauf vergleichbar?*
3. *Wie aufwendig ist der Einsatz der jeweiligen Instrumentarien im Rahmen sozialepidemiologischer Befragungen?*
4. *Welchen Gewinn bringt die Anwendung für die Entwicklung von zielgruppenorientierten Maßnahmen und Strategien zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit?*

Diese Fragestellungen korrespondieren mit den eingangs formulierten Anforderungen und Kritikpunkten an Lebensstilkonzepte und dürften für den Einsatz dieser Konzepte im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung von entscheidender Bedeutung sein.

Um auch einen Beitrag für die Theorieentwicklung zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten, wird außerdem ein Vorschlag zur Integration der Lebensführung in die bestehenden Erklärungsmodelle von Elkeles und Mielck (1997) sowie Sperlich und Mielck (2003) unterbreitet. Der Begriff Lebensführung wird dabei in Anlehnung an Weber (1972) als Oberbegriff für den Zusammenhang von latenten Wertorientierungen und manifesten Verhaltensweisen verwendet. Auf der Basis der Überlegungen von Elkeles und Mielck (1997), Sperlich und Mielck (2003) sowie Otte (2008) können die über das Konzept der Lebensführung vermittelten Wechselwirkungen und Rückkopplungsprozesse des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit besser veranschaulicht werden, als das bisher der Fall ist.

### 3. Methodisches Vorgehen und inhaltlicher Aufbau der Arbeit

Die Kritik Ottes (2005; 2008) gegenüber den bestehenden Ansätzen der Lebensstilforschung richtet sich im Wesentlichen gegen das induktiv-empiristische, methodisch aufwändige und hinsichtlich der produzierten Ergebnisse schwer vergleichbare Vorgehen. Otte (2005; 2008) selbst erhebt demgegenüber den Anspruch, einen Ansatz vorgelegt zu haben, der einen Beitrag zur theoretischen und methodischen Neuorientierung der Lebensstilforschung leistet, und für den universellen Einsatz im Rahmen allgemeiner Sozialstrukturanalysen geeignet ist. Inwiefern sich dieser Ansatz somit auch für die Analyse gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen eignet und welche Informationen für Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention damit gewonnen werden könnten, wurde bisher jedoch nicht untersucht.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen analytischen Teil. In einem ersten Schritt werden die theoretischen Grundlagen sowie die konzeptionellen Voraussetzungen von Lebensstilen und sozialen Milieus vorgestellt, um die bestehenden Argumentationslinien in der Diskussion um das Für und Wider einer Verwendung dieser Konzepte im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung nachvollziehbar zu machen und das Potenzial, das mit dem Einsatz dieser Konzepte für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit verbunden ist, zu verdeutlichen. Im analytischen Teil werden einige ausgewählte Ansätze der Lebensstilforschung hinsichtlich ihrer sozialstrukturellen Voraussetzungen, der zugrunde gelegten Dimensionen und der eingesetzten Verfahren zur Typenkonstruktion einer vergleichenden Bewertung unterzogen. Dadurch kann eine Aussage bezüglich ihrer Eignung für den systematischen und raum-zeitlich vergleichenden Einsatz im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung getroffen werden. Bei dieser Bewertung wird es weiterhin darum gehen, die ausgewählten Ansätze im Spannungsfeld des mit ihrem Einsatz verbundenen Erhebungsaufwands sowie ihres Informationsgehalts für die Identifikation von Zielgruppen und zielgruppenorientierten Zugängen zu bewerten. Da eine umfassende Würdigung aller bestehenden Ansätze im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist und diese auch bereits an anderer Stelle vorgenommen wurde<sup>5</sup>, konzentriert sich die Darstellung auf Ansätze, die bereits zur Beantwortung gesundheitsbezogener Fragestellungen eingesetzt wurden. Dabei handelt es sich um die Ansätze von Sinus Sociovision sowie den Ansatz von Gerhard Schulze (1993). Ein weiterer Grund, der für die Auswahl dieser Ansätze spricht, ist, dass es sich bei diesen Ansätzen um Referenzmodelle für Wissenschaft und Praxis handelt (Diaz-Bone, 2004). Bei der Bewertung des Ansatzes von Otte (2005; 2008) können diese Ansätze deshalb als Referenz herangezogen werden.

---

<sup>5</sup> Für einen umfassenden Überblick über die konzeptionellen Unterschiede bestehender Ansätze von Lebensstil- und Milieukonstruktionen kann auf den Beitrag von Otte, G. (2005). Entwicklung und Test einer integrativen Typologie der Lebensführung für die Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Soziologie*, 34, 6, 442–467, verwiesen werden, der auch die Grundlage für die folgenden Ausführungen bildet.

## **3.1 Methodisches Vorgehen**

### **3.1.1. Literaturrecherche**

Die Basis der Untersuchung bildet eine Literaturrecherche zu Publikationen von Strukturanalysen mit Lebensstil- und Milieuanalysen in den Datenbanken „Scopus“ und „Google Scholar“ anhand der Suchbegriffe *Lebensstil* und *Milieu*. Neben einer Vielzahl von Einzelbeiträgen, die hauptsächlich auf den Ansätzen des Heidelberger Sinus-Instituts sowie auf dem Ansatz von Schulze (1992) beruhen, konnte dabei auch eine Metaanalyse von Otte (2005, 2008) der Lebensstil- und Werteforschung der 1980er und 1990er Jahre ermittelt werden, die die Grundlage für eine eigene Konzeption einer Lebensführungstypologie Ottes bildet. Darauf aufbauend erfolgte eine nach dem jeweiligen Themenbereich und Informationsstand kumulativ vorgenommene Recherche von Anschlusspublikationen zu den untersuchten Lebensstil- und Milieuanalysen sowie zu ihrer Verwendung im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung in den Datenbanken „Medline Pubmed“, „Psyndex“ und „Psychinfo“. Die Recherchen wurden im Zeitraum von Mai bis August 2012 durchgeführt. Die Auswahl verwendeter Suchbegriffe und Autoren für die Recherche nach Aktualisierungen und Anschlusspublikationen der untersuchten Lebensstil- und Milieuanalysen wurde auf der Basis der Literaturverzeichnisse der Metaanalyse von Otte (2005; 2008) vorgenommen. Die Recherche zu Publikationen von Lebensstil- und Milieuanalysen in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung erfolgte unter Verwendung der Suchbegriffe *Lebensführung*, *Lebensstil*, *Milieu* und *somatische Kultur*. Die Auswahl der Publikationen wurde auf den Veröffentlichungszeitraum der Jahre 2000 - 2012 beschränkt.

### **3.1.2. Bewertung für den Einsatz im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung**

Zur Bewertung der in die Untersuchung einbezogenen Ansätze sollten möglichst einfach nachvollziehbare und für den Einsatz relevante Kriterien zugrunde gelegt werden. Diese konnten aus den von Wippermann (2009) und Otte (2005; 2008) formulierten Anforderungen und Kritikpunkten an bestehende Lebensstilansätze abgeleitet werden. Dazu gehören:

- *Der Informationsgehalt für die Identifikation von Zielgruppen:*

Nach Wippermann (2009, S. 156) werden für die Erklärung des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und die Identifikation von Zielgruppen für Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention Informationen benötigt, die milieuspezifische Risikoprofile und Beschreibungen zielgruppenorientierter Zugangswege ermöglichen. Unter Berücksichtigung der kommunikativen Erreichbarkeit sind dafür Aussagen zur sozialräumlichen Lokalität (Wo?), zur begrifflichen und argumentativen Semantik (Was?), zur Stilistik der Botschaft (Wie?) sowie zu Medien, in bzw. mit denen gesundheitsbezogene Botschaften kommuniziert werden können,

notwendig. Im Rahmen der Analyse werden die einbezogenen Ansätze deshalb hinsichtlich ihres Informationsgehalts für die Identifikation von Zielgruppen und zielgruppenorientierten Zugängen nach den von Wippermann (2009) formulierten Anforderungen untersucht.

- *Die Reproduzierbarkeit der Ansätze im Rahmen von zeitlich gestaffelten Trendanalysen:*

Die raum-zeitlich stabile Reproduzierbarkeit von Ansätzen der Lebensstilforschung ist für die Identifikation von Zielgruppen und der Beurteilung der Wirksamkeit von primärpräventiven Maßnahmen von entscheidender Bedeutung. Sollen Aussagen zu zeitlichen Veränderungen in der Zusammensetzung oder der inhaltlichen Beschreibung von Merkmalen einer Zielgruppe getroffen werden, muss deshalb gewährleistet sein, dass diese Veränderungen auch tatsächlichen biografischen oder sozialen Wandlungsprozessen oder der Implementation von primärpräventiven Maßnahmen entsprechen und nicht Entscheidungen bei der Anwendung von Verfahren zur Typenkonstruktion oder Unterschieden in der jeweiligen Stichprobenszusammensetzung geschuldet sind. Aus diesem Grund wird die in die Analyse einbezogene Literatur nach Hinweisen zu Versuchen gesichtet, die Ansätze im Rahmen von zeitlich gestaffelten Folgebefragungen auf der Basis anderer Stichprobenszusammensetzungen sowie mittels unterschiedlicher Verfahren zu reproduzieren.

- *Der Realitätsgehalt der Typologien:*

Wenn die Verwendung von Lebensstilansätzen im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung dem Anspruch gerecht werden will, sowohl eine bessere Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit als auch die Profilierung von Zielgruppen für Maßnahmen und Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention liefern zu können, kommt dem Realitätsgehalt dieser Ansätze eine zentrale Bedeutung zu. Neben einer Aussage über die Plausibilität der Auswahl von Indikatoren, die den jeweiligen Ansätzen zugrunde liegt, wird die bestehende Literatur deshalb nach Informationen gesichtet, die Hinweise auf die Zuverlässigkeit (Reliabilität) und die Gültigkeit der Messung (Validität) durch die eingesetzten Instrumente geben (Bortz & Döring, 2006). Zum Teil korrespondiert dieses Kriterium dabei mit dem Kriterium der Reproduzierbarkeit der Ansätze, das als ein Hinweis für die Reliabilität interpretiert werden kann.

- *Der Erhebungsaufwand (gemessen an der Anzahl von Items), der mit der jeweiligen Konstruktion von Lebensstil- und Milieutypologien einhergeht:*

Der Einsatz von Lebensstil- und Milieuansätzen in bevölkerungsrepräsentativen Befragungen ist auch von pragmatischen Gesichtspunkten abhängig. Dazu gehören ökonomische Erwägungen hinsichtlich des Aufwands, der mit der Erhebung von Lebensstilen verbunden ist. Ein weiteres Kriterium zur Bewertung der Eignung für den Einsatz der in die Untersuchung einbezogenen Ansätze ist deshalb die Anzahl der Indikatoren, die der „Messung“ der jeweiligen Konzepte zugrunde liegt. Das Kriterium des Erhebungsaufwands steht dabei mit dem Kriterium des Informationsgehalts in einem Zielkonflikt, da davon ausgegangen werden kann, dass der Informationsgehalt mit der Anzahl eingesetzter Items zur Abbildung von Wertorientierungen und Verhaltensweisen für die Konstruktion von Lebensstil- und Milieutypologien proportional im Verhältnis steht.

### 3.2 Inhaltlicher Aufbau der Arbeit

Kapitel 4 und 5 gehen der Frage nach, was der Einsatz von Lebensstil- und Milieuansetzten zur *Erklärung des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit* beitragen kann. Zunächst gibt Kapitel 4 einen Überblick über die soziologisch-theoretischen Grundlagen zur Verknüpfung von sozialer Lage und Lebensführung. Des Weiteren werden die theoretischen Unterschiede und Zusammenhänge der Begriffe *Lebensstil*, *Habitus* und *soziales Milieu*, die aus unterschiedlichen Traditionslinien der französischen und der deutschen Sozialtheorieentwicklung hervor gegangen sind, erklärt.

Kapitel 5 beschäftigt sich mit konzeptionellen Voraussetzungen von Lebensstil- und Milieuansetzten. Dazu werden die in Kapitel 4 angestellten Überlegungen zu den strukturellen Unterschieden von Lebensstilen und Milieus noch einmal aufgegriffen, um der Frage nachzugehen, welche sozialen Determinanten die Ausprägung von Lebensstilen beeinflussen und welche Handlungsspielräume und Ansatzpunkte für primärpräventive Interventionen daraus abgeleitet werden können, um auf Lebensstile und die dahinter liegenden Wertvorstellungen und Orientierungsmuster Einfluss zu nehmen. Exemplarisch werden dazu die Ansätze von Gerhard Schulze (1992) und eine Modifikation der Sinus-Milieus durch Vester et al. (2001) herangezogen. Der Bezug zu Gesundheit und Krankheit wird durch Beispiele veranschaulicht, in denen die Konzepte zur Beantwortung gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen modifiziert und innerhalb sozialepidemiologischer Studien eingesetzt wurden. Des Weiteren wird erörtert, ob Lebensstile als Variablen oder als Typen konstruiert werden sollten und welche Vorteile Lebensstilanalysen im Rahmen allgemeiner Sozialstrukturanalysen als Alternative zu themenzentrierten Untersuchungen aufweisen.

Kapitel 6 und 7 bilden den analytischen Teil dieser Arbeit. Dieser Teil dient der Beantwortung der Frage, welchen Beitrag Lebensstil- und Milieuansetze für die Identifikation von Zielgruppen für primärpräventive Strategien und damit die *Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit* leisten können. Kapitel 6 stellt dazu verschiedene Varianten vor, mittels derer Lebensstile und Milieus konstruiert werden können, und beschreibt zugrunde liegende Lagemerkmale, zentrale Dimensionen und angewendete Verfahren zur Typenkonstruktion. Die Darstellung konzentriert sich dabei auf die Milieutypologie des Heidelberger Sinus-Instituts als Vertreter clusteranalytischer Varianten. Der Ansatz von Gerhard Schulze (1992) wird als Vertreter von Konstruktionen mittels Korrespondenzanalysen vorgestellt. Gleichzeitig werden dabei auch die dimensionalen Unterschiede zweier Ansätze gegenübergestellt, die zum einen die Hauptvertreter innerhalb der Kontroverse um die Abhängigkeit von Lebensstilen von den sozialen Verhältnissen bilden, und deren Indikatoren zum anderen eher auf der Ebene von Wertorientierungen bzw. auf der Ebene von Verhaltensweisen angesiedelt sind. Beide Ansätze basieren dabei auf einem induktiv-empiristischen Vorgehen. Als eine theoriegeleitete Alternative wird anschließend der Ansatz von Otte (2005; 2008) vorgestellt.

In Kapitel 7 werden die Bewertungsergebnisse dargestellt, bevor in Kapitel 8 Schlussfolgerungen für die Beantwortung der Forschungsfragen und die Empfehlung eines Ansatzes für den Einsatz im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung gezogen wird. Daran knüpft eine Diskussion der Ergebnisse und des methodischen Vorgehens dieser Arbeit an. Da die empirische Analyse der sozialen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit eine theoretische Basis benötigt (Richter, 2010), wird abschließend ein um das Konzept der Lebensführung erweitertes, integriertes Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit auf der Basis der Ansätze von Elkeles und Mielck (1997), Sperlich und Mielck (2003) und Otte (2008) vorgeschlagen und ein Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf geworfen.



## 4. Theoretische Grundlagen zur Verbindung von sozialer Lage und Lebensführung

### 4.1 Lebensstile in der Sozialwissenschaft

Die soziologische Verwendung des Begriffs „Lebensstil“ wird im Allgemeinen auf die „Klassiker“ der deutschen Soziologie Georg Simmel und Max Weber zurückgeführt<sup>6</sup>. Weber (1972) beschäftigte sich mit Lebensstilen im Rahmen seiner Überlegungen zur ständischen Lebensführung und zur Konstituierung sozialer Klassen; Simmel (1983) im Zusammenhang mit seinen Ausführungen zu Integration und Distinktion durch Moden und den Stil des Lebens sowie zur sozialen Nivellierung im Rahmen seiner „Philosophie des Geldes“ (Simmel, 2000).

Der Bamberger Sozialwissenschaftler Gerhard Schulze definiert Lebensstil

„[als] die Gesamtheit der Wiederholungstendenzen in den alltagsästhetischen Episoden eines Menschen [...]. Stil ist mehr als ein Sammelsurium von Vorlieben, Abneigungen und Gleichgültigkeiten. Alle ästhetischen Wiederholungstendenzen eines Menschen treten in Beziehung zueinander und lassen eine typische Konfiguration entstehen, eine aus vielen Einzelheiten zusammengesetzte Gestalt“ (Schulze, 1992, S.103f).

Gemeinsamkeiten im Verständnis von Lebensstilen bestehen hauptsächlich bezüglich ihrer Funktion als Orientierungshilfe im Alltag durch die Ausbildung von Routinen und Handlungsmustern, ihrer Rolle bei der Ausprägung einer subjektiven Identität über sinnhafte Logiken der Lebensführung (Otte, 2008) und ihrer kognitiven und motivationalen Komponenten zur Distinktion (Bourdieu, 1982; Lüdtke, 1989; Schulze, 1992). Innerhalb bestehender Lebensstilkonzepte werden die Begriffe „Lebensstil“ und „Milieu“ jedoch uneinheitlich verwendet. Unterschiede im Verständnis und der Konzeption von Lebensstilen und Milieus bestehen dabei im Wesentlichen hinsichtlich ihrer sozialstrukturellen Voraussetzungen (vgl. Kapitel 5). Der Fokus von Lebensstilen richtet sich eher auf die sichtbaren, interaktiven und expressiven Verhaltensweisen, wie Freizeitaktivitäten, Musik- und Lektürepräferenzen oder Wohn- und Kleidungsstil (Lüdtke, 1989; Schulze, 1992). Im Gegensatz dazu konzentrieren sich Milieuansätze stärker auf die hinter den menschlichen Verhaltensweisen liegenden Orientierungen zur Beschreibung sozialer Unterschiede (vgl. Kapitel 4.4).

Lebensstile existieren im Verständnis von Schulze (1992) dabei relativ unabhängig von objektiven Lagemerkmalen, wie dem Einkommen oder dem Berufsstatus. Als Einflussfaktoren auf die Ausprägung von Lebensstilen kommen demnach vor allem Alter und Bildung infrage. Damit orientieren sich

---

<sup>6</sup> Eine Einführung in die Arbeiten der soziologischen Klassiker liefert Kaesler, D. (Hrsg.). (1999). *Klassiker der Soziologie. Bd. 1. Von Auguste Comte bis Norbert Elias*. München: Beck

die mit diesem Verständnis verbundenen Ansätze stärker an gesellschaftlichen Individualisierungs- und Modernisierungsprozessen.

Für Bourdieu (1982) werden Lebensstile ausschließlich in Abhängigkeit von der sozialen Lage ausgeprägt. Demnach erzeugen die sozialen Verhältnisse über Sozialisationsprozesse vermittelt eine verinnerlichte Disposition, die Bourdieu „Habitus“ nennt, und die als strukturierendes Prinzip wiederum den Lebensstil erzeugt. Lebensstile bilden bei Bourdieu habituelle Formen des alltagsästhetischen Geschmacks (Bourdieu, 1982), wie Vorlieben für Musik, Kunst und Literatur, dem Kleidungsstil oder Essgewohnheiten. Nach Bourdieu sind soziale Klassen bzw. klassenspezifische Berufsgruppen Träger von Lebensstilen. Die Handlungslogik dieser Berufsgruppen gründet auf strukturellen Determinanten, die mit den Berufspositionen im Zusammenhang stehen. Dazu zählen Einkommen und Vermögen, Bildungsjahre und -titel, die soziale Herkunft und das Lebensalter. Je nach Ausstattungsniveau mit lebensstilrelevanten Kapitalarten (vgl. Kapitel 4.2.1) bewegen sich Lebensstile im Spektrum einer ökonomischen und einer kulturellen Handlungslogik sowie im Spannungsfeld einer modernen, aufstrebenden gegenüber einer traditionellen und durch soziale Abstiege geprägten Grundorientierung (Otte, 2008).

## **4.2 Das Habitus-Konzept Pierre Bourdieus**

Das Konzept des Habitus, als verbindendes Element von gesellschaftlichen Strukturen und der Handlungsebene von Individuen, hat bis heute viele wissenschaftliche Disziplinen wie die Philosophie, die Ethnologie, die Ökonomie oder die Kulturwissenschaften beeinflusst. Nach Bourdieu gestattet der Habitus, „der, alle vergangenen Erfahrungen integrierend, wie eine Handlungs-, Wahrnehmungs- und Denkmatrix funktioniert, dank der analogischen Übertragung von Schemata, die Probleme gleicher Form zu lösen [und dadurch] unendlich differenzierte Aufgaben zu erfüllen“ (Bourdieu, 1976, S. 169; zit. nach Joas & Knöbl, 2004). Über Sozialisationsprozesse in Familien, Schulen und der Arbeitswelt werden diese Schemata tradiert und erlauben Menschen durch die Ausprägung von Routinen und Handlungsmustern, auf die unterschiedlichsten Situationen zu reagieren und praktische Probleme zu bewältigen. Der Habitus, als Ensemble klassenspezifischer Wertvorstellungen, Weltanschauungen und ästhetischer Orientierungen, ist dabei das Resultat der Verarbeitung der objektiven Existenzbedingungen von Individuen (Joas & Knöbl, 2004). Ein Habitus ist daher nie einzigartig. Individuen, welche dieselben Existenzbedingungen teilen, bilden ein System von Dispositionen aus, das übereinstimmende „Praxisformen“ hervorbringt (Bourdieu, 1982). Mit Praxisformen bezeichnet Bourdieu nicht einfach individuelle Verhaltensweisen, sondern sozial geprägtes und auf die Anerkennung in bestimmten Gruppen gerichtetes Verhalten und Formen der sozialen Interaktion von Menschen.

Der Habitus determiniert menschliche Verhaltensweisen jedoch nicht vollständig. Zwar liegt dem Konzept die Vorstellung einer gewissen Latenz und Stabilität zugrunde, es unterstellt aber ebenfalls eine gewisse Entscheidungsfreiheit und bietet Handlungsspielräume, in denen Innovationen und Modifikationen vorhergehender Verhaltensweisen möglich sind (Joas & Knöbl, 2004). Der Habitus verwehrt Menschen aufgrund seiner zeitweiligen Latenz aber den Sprung oder gar den Ausbruch aus bestimmten Verhaltenmustern, da er sich zur Produktion von Sinn und Identität sowie zur Reduktion von Komplexität in Alltagsroutinen manifestiert (Joas & Knöbl, 2004). Diese Muster bündeln verschiedene Verhaltensweisen zu Lebensstilen, die sich durch vorherrschende milieuspezifisch geprägte Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata unterscheiden. Ärzte, Geschäftsleute, Politiker, Sportler und andere Gruppen unterscheiden sich in der Art des Redens, des Gestikulierens, des Urteilens, der Verwendung von (Status-)symbolen oder dem Kleidungsstil, da sie den in ihren „sozialen Feldern“ (Bourdieu, 1985) vorherrschenden Spielregeln entsprechen müssen und wollen. Dennoch sind Veränderungen von Lebensstilen durch die Modifikation einzelner Verhaltensweisen möglich. Als verbindendes Element von Sozialstruktur und Handlungsebene wird der Habitus auf der Inputseite durch die Ausstattung von Menschen an ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital strukturiert. Auf der Outputseite strukturiert der Habitus die Lebensführung von Menschen und steht mit Lebensstilen in einer Art Feedbackprozess, in dem diese sich gegenseitig reproduzieren und modifizieren (Abel, Abraham & Sommerhalder 2009).

#### **4.2.1. Bourdieus Kapitalbegriff**

Zentral für das Verständnis der Bourdieuschen Gesellschaftstheorie ist seine Vorstellung von Kapital. Bourdieus Kapitalbegriff zielt über die rein ökonomische Begriffsbestimmung hinaus und umfasst außerdem auch soziale und kulturelle Erscheinungsformen<sup>7</sup>. In Anlehnung an Marx (1957), ist Kapital demnach ein Faktor zur Produktion und Reproduktion sozialer Ungleichheit, der im Unterschied zu Marx jedoch nicht nur in ökonomischer Form, als Geld, Wertpapiere oder anderweitigem Vermögen existiert, sondern auch als soziales oder kulturelles Kapital die Chancen von Menschen erhöht, sich in der Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Position abzugrenzen und zu behaupten (Joas & Knöbl, 2004). Soziales Kapital umfasst dabei immaterielle Ressourcen, die aus sozialen Beziehungen und Netzwerken resultieren. Vertrauen, Gegenseitigkeit, Verbindlichkeit, Kooperation, Solidarität und gegenseitige Unterstützung sind zentrale Merkmale des sozialen Kapitals, die es Akteuren erheblich erleichtern können, bestimmte Ziele zu erreichen (Bourdieu, 1983; Coleman, 1988; Putnam, 2000). Der Begriff des kulturellen Kapitals umfasst sowohl gegenständliche bzw. objektivierte

---

<sup>7</sup> Der Begriff des „symbolischen Kapitals“ wird von Bourdieu als Oberbegriff für die ökonomischen, sozialen und kulturellen Kapitalformen verwendet. Gemeint ist damit das soziale Prestige, welches aus der Ausstattung mit den drei Kapitalformen resultiert und als „Kredit an Vertrauen“ (Joas & Knöbl, 2004, S. 538) wieder in diese umgewandelt werden kann.

Formen, wie Bücher, Kunstwerke oder Musikinstrumente als auch inkorporierte Fertigkeiten, Wissensbestände oder kognitive Fähigkeiten sowie akademische Titel, die als institutionalisierte Formen des kulturellen Kapitals die inkorporierten Formen nach außen demonstrieren.

Die Akkumulation von ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital ist ein komplexer, wechselseitiger Aneignungsprozess, bei dem in der Regel alle Kapitalsorten einbezogen und ineinander konvertierbar sind. So können beispielsweise ökonomische oder soziale Ressourcen eingesetzt werden, um kulturelles Kapital zu vermehren und umgekehrt. Aus diesem Grund unterscheiden sich Menschen nicht nur hinsichtlich ihres Kapitalvolumens, sondern auch in Bezug auf die strukturelle Ausstattung mit den drei Kapitalsorten. Durch Analysen von Volumen und Struktur dieser Kapitalausstattung von Akteuren kann laut Bourdieu deren Position im Klassengefüge einer gegebenen Gesellschaft bestimmt und die Klassenstruktur dieser Gesellschaft modelliert werden.

#### **4.2.2. Von der individuellen Kapitalausstattung zur gesellschaftlichen Klassenstruktur**

Die von Bourdieu (1982) bei dieser Modellierung am Kapitalgesamtvolumen vorgenommene Stratifizierung der französischen Gesellschaft sieht drei soziale Klassen vor, denen Bourdieu entsprechende Berufsgruppen zuordnet. Zur oberen Klasse zählen beispielsweise Hochschullehrende, Unternehmer, Kunstproduzierende sowie Angehörige der freien Berufe, wie Ärzte, Anwälte oder Ingenieure. Der mittleren Klasse gehören z. B. mittlere Führungskräfte der Verwaltung, Kleinkaufleute und Handwerker an, während sich die untere Klasse aus Vorarbeitern, Facharbeitern sowie angelernten und Hilfsarbeitern sowie Landwirten zusammensetzt (Bourdieu, 1982).

Bourdieu, der den größten Teil seines Wirkens der empirischen Überprüfung seiner theoretischen Überlegungen widmete, vertrat die Meinung, dass sich der Habitus als gleichzeitig strukturierendes und strukturiertes Prinzip selbst nicht empirisch untersuchen lässt. Mittels Befragungen beispielsweise zu den individuellen Freizeitaktivitäten, dem Film-, Musik- und Literaturgeschmack oder durch Beobachtungen des Kleidungsstils und der Wohnungseinrichtung von Menschen, versuchte er deshalb indirekt auf die diesen Menschen entsprechenden latenten Habitusformen zu schließen (Nideröst, 2007). Durch die Verbindung der praxisbezogenen Komponenten des Habitus, in Form von Lebensstilen, mit den entsprechenden strukturellen Komponenten - der Position innerhalb der Klassenhierarchie, identifizierte er für die französische Gesellschaft einen Habustypus für die obere, mittlere und untere Klasse. Die obere Klasse besitzt demnach einen Habitus der Distinktion (Bourdieu, 1982), dessen Grunddisposition die Erlesenheit, Sublimiertheit und Besonderheit ist und mit dem die Angehörigen dieser Klasse versuchen, sich von denen der unteren Klassen abzugrenzen. Die mittlere Klasse bzw. das Kleinbürgertum, wird nach Bourdieu durch den Habitus der Präntion charakterisiert, der sich durch seine Bildungsbeflissenheit, Gezwungenheit und sein Streben nach Imitation des Lebensstils der oberen Schicht auszeichnet (Bourdieu, 1982). Den Habitus der unteren Klas-

se, bezeichnet Bourdieu mit „Notwendigkeitsgeschmack“ (Joas & Knöbl, 2004). Dieser ist das Resultat von Mangelserfahrungen und von eingeschränkten Handlungs- und Entfaltungschancen und äußert sich durch Abgrenzungsstrategien nach „oben“, um den psychologischen Druck, der mit der Auseinandersetzung der sozialen Benachteiligung einhergeht, kompensieren zu können. Im Sinne dieses Notwendigkeitsgeschmacks ist nur das ästhetisch akzeptabel, was man zum Leben unbedingt benötigt, während man ästhetischen Verfeinerungen und Stilisierungen der oberen Klassen skeptisch bis ablehnend gegenübersteht.

### **4.3 Körperbezogene Ausprägungen des Habitus**

Bourdieu selbst beschäftigte sich im Rahmen seiner Theorieentwicklung nicht mit Fragen zu Gesundheit und Krankheit. Dieser Frage ging ein Schüler Bourdieus, der französische Soziologe Luc Boltanski (1976), in seiner Arbeit über „die soziale Verwendung des Körpers“ nach. Auf dem Konzept des Habitus basierend, beschreibt Boltanski mit dem Begriff „somatische Kultur“ ein Set von Grundeinstellungen und Körperpraktiken, die den Umgang mit dem eigenen Körper strukturiert (Boltanski, 1976). Boltanski interessierten dabei vor allem Regeln, die als „Kodex der guten Sitten“ (Boltanski, 1976, S. 155; zit. nach Nideröst, 2007) den Umgang mit dem eigenen Körper anleiten und als verinnerlichte und allen Mitgliedern einer Gruppe gemeinsamer Disposition das körperbezogene Benehmen beeinflussen. Demnach strukturiert der Habitus z. B. die Art, wie Menschen sich pflegen, wie sie essen und womit sie sich ernähren. Somit beschäftigte sich auch Boltanski nicht explizit mit gesundheitsbezogenen Themen. Erst Helfferich (1993), Flick (1998) und Faltermaier (1998) erweiterten das Konzept der somatischen Kultur Boltanskis über den sittlich angemessenen Umgang mit dem eigenen Körper hinaus auch auf gesundheitsbezogene subjektive Theorien und Konzepte von Menschen. Gemäß dieser Erweiterung ist auch der gesundheitsbezogene Umgang mit dem eigenen Körper weder etwas Individuelles, noch allein Ergebnis einer bewussten Entscheidung oder genetischen Prädisposition, sondern wird als Teil des Habitus ebenfalls durch die jeweilige Stellung innerhalb des sozialen Schichtungsgefüges geprägt und über Sozialisationsprozesse vermittelt. Als verhaltenssteuernde Disposition leiten somatische Kulturen das gesundheitsbezogene Handeln von Menschen an. Als solches kann dieses Handeln - so die Schlussfolgerung - nur über die Analyse der individuellen Erfahrungen und daraus abgeleiteten subjektiven Theorien und Konzepten von Gesundheit und Krankheit verstanden werden (Helfferich, 1993).

Studien auf der Basis von Ansätzen zu somatischen Kulturen, wurden bisher innerhalb der Gesundheitswissenschaft nur vereinzelt durchgeführt. Beispielsweise fand Helfferich (1992, 1993) in einer Studie zum Verhütungsverhalten von Frauen heraus, dass dieses Verhalten mit subjektiven Konzepten von Gesundheit und vom eigenen Körper im Zusammenhang steht. Diese Konzepte beruhen auf der Auseinandersetzung im Umgang mit Zwängen der Natur und dem Verhältnis von Indivi-

duum und Gesellschaft. Eine Untersuchung zum Risikoverhalten von Jugendlichen (Helfferich, 2001) zeigte, dass die Art und Häufigkeit des Alkohol- und Tabakkonsums auf milieuspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung und Einstellung zum eigenen Körper zurückgeführt werden können und sich nur innerhalb eines Gruppen- oder Lebensstils abspielen. Kolip (1997) versuchte in einer Studie zu „Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter“ herauszufinden, wie gesundheitliche Ungleichheit und Geschlecht über somatische Kulturen konstruiert werden und sich auf das Gesundheitsverhalten auswirken. Auf der Basis von Items zum Gesundheitsverhalten sowie Beschwerden und Krankheiten, ermittelte sie sechs verschiedene somatische Kulturen, deren Zusammensetzung sich nach Geschlecht, Alter und Bildung unterscheidet. Durch ihre Konzentration auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und die Vernachlässigung von dahinter liegenden Orientierungen und Einstellungen, bleibt der Ansatz von Kolip jedoch eher der Ebene von gesundheitsbezogenen Lebensstilen verhaftet (Nideröst, 2007). Gredig et al. (2002, 2003) sowie Nideröst (2007) identifizierten im Rahmen einer Studie zum Zusammenhang des HIV-Schutzverhaltens und somatischer Kultur unter deutschsprachigen Schweizer Männern vier Typen, die sich in Bezug auf den Umgang mit ihrem Körper, ihre gesundheitsbezogenen Einstellungen und damit verbunden der Wahl einer Schutzstrategie gegenüber HIV/AIDS nach milieuspezifischen Wert- und Identitätsmustern unterscheiden.

#### **4.4 Soziale Milieus**

Durch das Konzept des sozialen Milieus werden expressive Verhaltensweisen, zentrale moralische und ästhetische Orientierungen und die soziale Lage in Form der Kapitalausstattung von Menschen in einen Gesamtzusammenhang zur Erklärung sozialer Ungleichheit gebracht. Der soziologische Begriff des „Milieus“ entstammt u. a. den Arbeiten der Gründerväter der französischen Soziologie Auguste Comte und Emile Durckheim. Comte beschäftigte dabei besonders die Frage, ob sich gesellschaftliche Entwicklungsprozesse auf eine allgemeine Gesetzmäßigkeit zurückführen lassen<sup>8</sup>.

Die Überlegungen zur Entwicklung von Gesellschaften von Comte aufgreifend, versteht Durckheim soziale Milieus als Schnittstelle von gesellschaftlicher und individueller Entwicklung, in denen sich im Zuge einer voranschreitenden sozialen Arbeitsteilung auch die moralischen Grundlagen für die Solidaritätsbeziehungen von Individuen der gesellschaftlichen Entwicklung anpassen. Deshalb postuliert Durckheim, dass „[...] die entscheidenden Ursachen der sozialen Evolution sich nicht im Individuum, sondern in dem es umgebenden Milieu [finden]“ (Durckheim, 1996, S. 308). Die Verschiedenheit der Milieus wird somit durch die Entwicklung von unterschiedlichen Fähigkeiten und damit verbundenen Spezialisierungen von Individuen im Zuge der sozialen Arbeitsteilung konstituiert. Damit kommt den Berufsgruppen auch für die über Sozialisationsprozesse vermittelte morali-

---

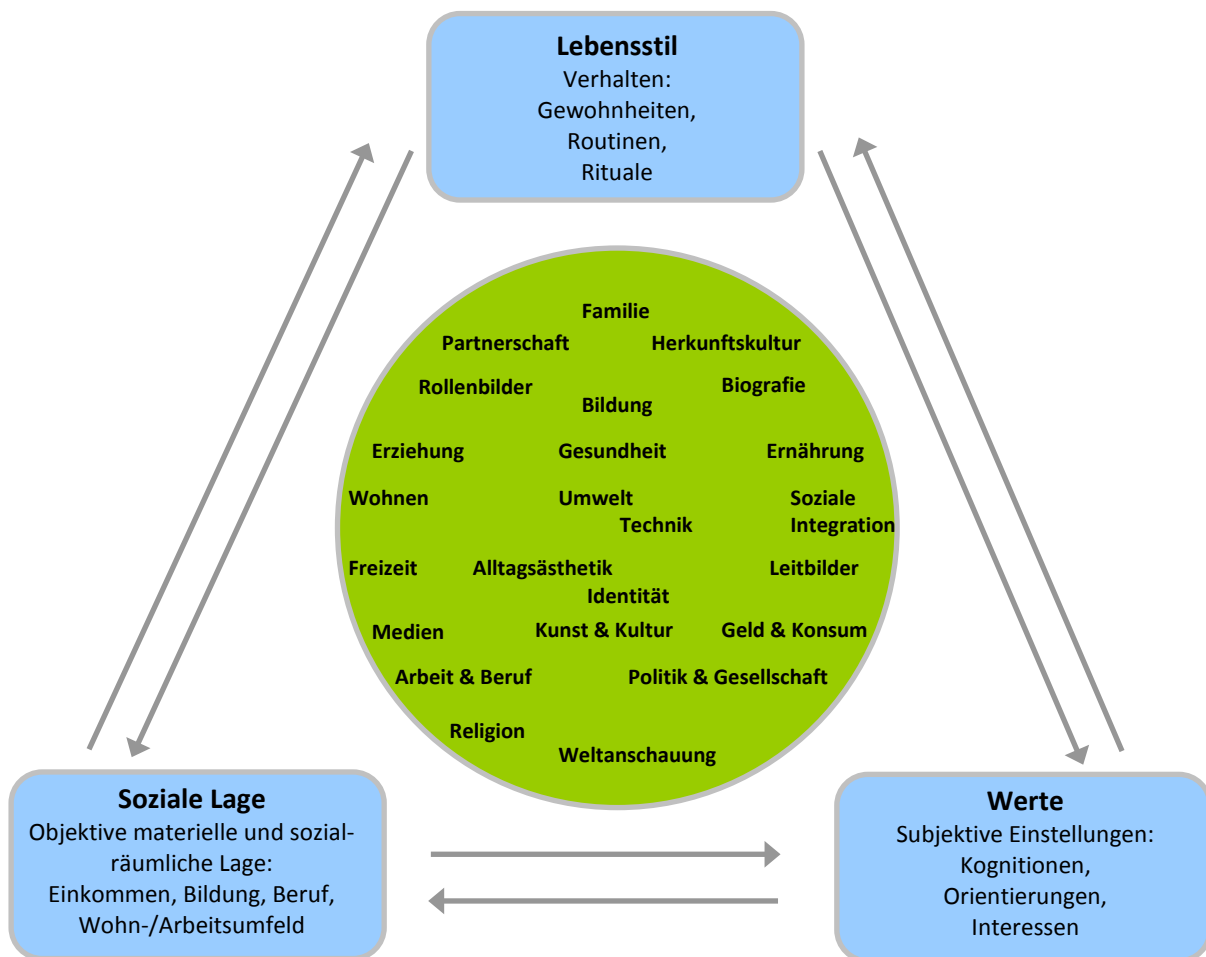
<sup>8</sup> Eine Einführung in das Werk von Auguste Comte gibt Korte, H. (1998). *Einführung in die Geschichte der Soziologie*. 4. Auflage. Opladen: Leske + Budrich

sche Integration von Individuen eine entscheidende Bedeutung zu - ein Gedanke, den Bourdieu für die Modellierung der französischen Klassenstruktur auf Basis der Ausstattung mit seinen Kapitalsorten aufgegriffen und weiterentwickelt hat.

Bei Bourdieu gehen die milieutheoretischen Überlegungen durch ihre konzeptionelle Verbindung mit dem Habitus davon aus, dass diese Einstellungen und Orientierungen nicht einfach beliebig entstehen bzw. auf Grund von individuellen Entscheidungen gewählt werden, sondern dass diese Einstellungen Teil einer jeweils spezifischen objektiven sozialen Lage sind und von Menschen in einer ähnlichen gesellschaftlichen Position geteilt werden (Bourdieu, 1982). Im Gegensatz zu eindimensionalen Beschreibungen sozialer Ungleichheit entlang einer Stratifizierung von „oben und unten“ zielt der Begriff des Milieus bei Bourdieu auf eine mehrdimensionale, räumliche Beschreibung von sozialer Ungleichheit, in der mittels sozialer Lage, Habitus und Lebensstilen der „soziale Raum“ (Bourdieu, 1985) abgebildet und einer empirischen Analyse zugänglich gemacht werden kann. Durch die Kombination von sozialer Lage und einem dieser Lage entsprechenden Habitus, können die verschiedenen Berufsgruppen im sozialen Raum verortet werden und differenzieren so die Gesellschaftsstruktur als soziale Milieus weiter aus. Der soziale Raum Bourdieus wird dabei zunächst anhand des Kapitalvolumens dieser Klassenfraktionen in eine vertikale Hierarchie gebracht. Die horizontale Achse gliedert sich nach der Kapitalstruktur der jeweiligen Klassenfraktionen, also nach der unterschiedlichen Akzentuierung der Ausstattung mit ökonomischem, sozialem oder kulturellem Kapital. Eine dritte Dimension erweitert das Modell um Aspekte von historischen und biografischen Entwicklungsprozessen. Damit werden spezifische Berufsgruppen als neu bzw. aufstrebend oder absteigend klassifiziert. Bourdieu (1982, S. 447) differenzierte beispielsweise die obere Klasse der französischen Gesellschaft in zwei weitere Kategorien aus, die sich in ihrem Habitus durch die Akzentuierung der unterschiedlichen Ausstattung an ökonomischem und kulturellem Kapital voneinander abgrenzen. Dabei unterscheidet er z. B. für die Berufsgruppen der Hochschullehrer und Kunstproduzenten, die über viel kulturelles, aber vergleichsweise wenig ökonomisches Kapital verfügen, den Habitus des „asketischen Aristokratismus“ gegenüber den freiberuflich Tätigen, wie Ärzten, Anwälten oder Unternehmern, denen er den Habitus des „Sinns für Luxus“ zuwies, und dessen Praxisformen Ausdruck der materiellen Freizügigkeit sind (Joas & Knöbl, 2004). In der mittleren Klasse unterscheidet Bourdieu beispielsweise das „neue Kleinbürgertum“, das sich vom „absteigenden Kleinbürgertum“ abgrenzen lässt.

Seit Anfang der 1990er Jahre wurden auch in Deutschland diverse Versuche durchgeführt, soziale Lage und Lebensstile systematisch miteinander zu verbinden (Hofmann & Rink, 1996). Hradil, der das Milieukonzept für Sozialstrukturanalysen der deutschen Gesellschaft anpasste und weiter entwickelte, definiert den Begriff „Milieu“ als eine „Gruppe von Menschen, [...] die solche äußeren Lebensbedingungen und/oder inneren Haltungen aufweisen, aus denen sich gemeinsame Lebensstile heraus-

bilden.“ (Hradil, 1987, S. 165; zit. nach Nideröst, 2007, S. 48). Damit werden Milieuansätze unter die Lebensstilforschung subsumiert. Während Lebensstile jedoch stärker von kurzfristigen Prioritäten und Handlungsoptionen und damit auch von situativen Faktoren geprägt sind, stellen Milieus eine Kombination der Wechselbeziehungen von sozialer Lage, gemeinsam geteilten Werthaltungen und Verhaltensweisen von Menschen dar, denen diese Gemeinsamkeiten jedoch nicht notwendigerweise auch bewusst sein müssen (Abbildung 3).



**Abbildung 3:** „Bausteine“ sozialer Milieus nach Sinus Sociovision 2009. Quelle: Wippermann (2009, S. 145). Eigene Darstellung.



## 5. Konzeptionelle Voraussetzungen von Lebensstil- und Milieuansätzen

Grundsätzliche Unterschiede im Verständnis und der Konzeption von Lebensstilen existieren im Wesentlichen hinsichtlich ihrer sozialstrukturellen Voraussetzungen. Damit eng im Zusammenhang steht auch die Frage, welche Gestaltungsspielräume zur Veränderung von Lebensstilen existieren. Weitere wichtige konzeptionelle Voraussetzungen sind mit den Fragen verbunden, ob Lebensstile als Variablen oder als Typologien konstruiert und ob Lebensstile im Rahmen von themenzentrierten oder allgemeinen Sozialstrukturanalysen untersucht werden sollten. Derzeit werden Lebensstile in den Gesundheitswissenschaften in der Regel als einzelne themenspezifische Variablen, wie z. B. zu gesundheitsriskantem Substanzmissbrauch, Bewegung oder zur Ernährung eingesetzt, aber nicht als Typologien, die den lebensweltlichen Gesamtzusammenhang widerspiegeln in den gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen eingebettet sind.

### 5.1 Strukturabhängigkeit versus Autonomie von Lebensstilen

Für Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention ist die Frage von großer Bedeutung, inwieweit das Verhalten von Menschen mit den sozialen Verhältnissen im Zusammenhang steht. Danach lässt sich beurteilen, inwieweit gesundheitsbezogene Lebensstile durch primärpräventive Interventionen beeinflusst werden können. Innerhalb der Lebensstilforschung existieren derzeit zwei unterschiedliche Argumentationslinien zu dieser Frage, die hinsichtlich der untersuchten Fragestellung und der einbezogenen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche theoretische Relevanz aufweisen. Diese Unterschiede können an den Ansätzen von Gerhard Schulze (1992) und dem Ansatz von Vester et al. (2001) verdeutlicht werden, der eine Modifikation der Sinus-Milieus darstellt.

Die These, dass Lebensstile weitgehend unabhängig von ökonomisch definierten Gruppen und damit verbundenen Einkommensunterschieden und Berufspositionen seien, vertreten vor allem Gerhard Schulze und Hartmut Lüdtke. Konzeptionell bewegen sich die mit dieser Vorstellung verbundenen Ansätze auf der Ebene sichtbarer, interaktiver und expressiver Verhaltensweisen. Lebensstile bezeichnen demnach die „typische Grundstruktur der Alltagsorganisation von Menschen, die relativ unabhängig von objektiven Determinanten zustande kommt.“ (Lüdtke, 1989, S. 40). Nach Schulze (1992), der die westdeutsche Gesellschaft als „Erlebnisgesellschaft“ mittels einer Typologie von Freizeitstilen beschreibt (vgl. Kapitel 6.2), kommen lediglich Alter und Bildung als Hauptdeterminanten für die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Lebensstil- oder Milieutypus in Betracht. Dem Einkommen und dem beruflichen Status wird stattdessen nur ein geringer Einfluss zugesprochen, die insofern auch kaum mehr Hinweise für die Identifikation der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Typus in sozialen Interaktionen bieten.

Diese Argumentation wird durch Befunde einer Studie zum „Wandel der Milieulandschaft in Deutschland“ von Müller-Schneider (1996) gestützt. In dieser Studie geht Müller-Schneider der Frage nach, inwieweit sich eine mit gesellschaftlichen Modernisierungs- und Individualisierungsprozessen verbundene Verschiebung von strukturell hierarchisierenden zu subjektiv lebensstilorientierten Wahrnehmungsmustern für die Identifikation der Milieuzugehörigkeit empirisch belegen lässt. Auf der Basis von Sekundäranalysen von fünf zeitlich gestaffelten bundesweiten und regionalen Befragungen der Jahre 1953/54, 1963, 1970, 1976/77 und 1985/86 zu Lektürepräferenzen gängiger Zeitschriften, der Haushaltsausstattung, zur Freizeitgestaltung sowie zu Lebensstilmerkmalen kann Müller-Schneider (1996) mittels zeitvergleichender Korrespondenzanalysen eine abnehmende Relevanz von hierarchisierenden Wahrnehmungsmustern gegenüber subjektorientierten Wahrnehmungsmustern feststellen<sup>9</sup>. Dieser Befund erklärt sich mit dem im Zuge der Wohlstandsexpansion aufkommenden Massenkonsum in Deutschland, der eine Universalisierung der Verfügbarkeit über distinktive „Schlüsselgüter der 1950er Jahre“ (Müller-Schneider, 1996, S. 193) nach sich zog. Diese Schlüsselgüter, zu denen beispielsweise das Auto gehört, fungierten zu dieser Zeit als Marker für die Identifikation der Schichtzugehörigkeit. Mit der Wohlstandsexpansion wurden nach wie vor existierende Unterschiede in der Verfügbarkeit über materielle Güter immer unbedeutender (Müller-Schneider, 1996). Stattdessen traten persönliche Stile als zentrales Distinktionsmerkmal stärker hervor, da sich der Orientierungspunkt von der Lebenssicherung auf die Subjektivität verlagerte. Darüber hinaus hat die Statuskonsistenz der Merkmale Bildung und Einkommen im Zuge der Bildungsexpansion seit den 1950er Jahren erheblich abgenommen, so dass sich die Handlungen von Menschen infolgedessen „zunehmend an ihrer inneren Lebenswirklichkeit“ (Müller-Schneider, 1996, S. 204) ausrichteten. Nach dieser Argumentation sind Lebensstile somit im Prinzip frei wählbar und modifizierbar und entsprechend könnten primärpräventive Maßnahmen direkt am Verhalten von Menschen ansetzen, ohne gleichzeitig eine Veränderung der sozialen Verhältnisse herbeizuführen.

Mittels einer Rezeption des Ansatzes von Schulze (1992) können Gerhards und Rössel (2003) zeigen, dass das Ernährungsverhalten von Jugendlichen neben dem Wissen über Ernährung und damit verbundenen ernährungsbezogenen Einstellungen sowie dem Geschlecht stark von der Freizeitgestaltung von Jugendlichen beeinflusst wird, die ihrerseits vom elterlichen Freizeitverhalten geprägt werden (vgl. Kapitel 6.2). Die Wahl des Ansatzes von Schulze (1992) für die Analyse des Ernährungsverhalten von Jugendlichen ist dabei insofern plausibel, als dass davon ausgegangen werden kann,

---

<sup>9</sup> Im Einzelnen handelt es sich dabei zum einen um Leseranaysen, in denen die Lektüregewohnheiten für jeden Messzeitpunkt erfragt wurden sowie um Repräsentativumfragen zum Freizeitverhalten und Lebensstilen im Rahmen der „Bundesstudie 1953“ (Altersgruppe 18-79 Jahre), der Studie zu „Freizeitbedingungen und Entwicklung“ aus dem Jahr 1976 (Altersgruppe 14 Jahre und älter) sowie zwei regionaler Studien, wie der Studie „Freizeit im Ruhrgebiet“ von 1970 (Altersgruppe 14 Jahre und älter) und der im Raum Nürnberg durchgeführten Studie von Schulze zur Erlebnisgesellschaft aus dem Jahr 1985 (Altersgruppe 18-70 Jahre). Für weitergehende Analysen wurde außerdem die Studie von Spellerberg (1993, 1996) im Rahmen des Wohlfahrtssurvey 1993 (Altersgruppe 18-61 Jahre) einbezogen.

dass die Ausprägung von sinn- und identitätsstiftenden Grundorientierungen und Weltanschauungen von Jugendlichen im Alter von 13 - 16 Jahren erst im Entstehen begriffen und deshalb offener und experimentierfreudiger geartet ist, als das von Erwachsenen erwartet werden kann. Auch kann davon ausgegangen werden, dass die Ausprägung des Lebensstils von Jugendlichen noch nicht in dem Maße mit der sozialen Lage der Jugendlichen im Zusammenhang steht, wie das bei Erwachsenen der Fall sein dürfte. Die Erfolgsaussichten, das Ernährungsverhalten von Jugendlichen unabhängig vom sozialen Kontext zu beeinflussen, wie z. B. durch die Vermittlung einer gesunden Ernährungsweise im Rahmen von Ernährungskursen im „Setting Schule“, dürften infolgedessen deutlich höher ausfallen, als bei Erwachsenen.

Stellvertretend für die Ansicht, die Ausprägung von Lebensstilen werde über habitualisierte Wertvorstellungen und Grundorientierungen gesteuert, die aus der Auseinandersetzung von Menschen mit ihren sozialen Verhältnissen resultieren, steht die bereits beschriebene Konzeption Bourdieus<sup>10</sup>. Im Anschluss an Bourdieu betonen auch Vester et al. (2001), dass die Entkopplung von sozialer Lage, Habitus und Lebensstil eher begrenzt und spezifisch sei. Insbesondere dem beruflichen Status komme nach wie vor eine erhebliche Bedeutung für die Lebensführung zu. Nach Vester (2012) erschließen sich die Mechanismen, durch die sich soziale Ungleichheit auf gesundheitliche Vor- und Nachteile auswirken, deshalb erst durch die systematische Analyse des lebensweltlichen Gesamtzusammenhangs, in dem die einzelnen Variablen als Teile eines „Syndroms“ (Adorno, 1973; zit. nach Vester, 2012, S. 54) sozialen Verhaltens zusammengefasst und in Verbindung mit der Positionierung innerhalb des sozialen Gefüges beschrieben werden. Gesundheit ist dabei lediglich ein Elementarteilchen zur ganzheitlichen Beschreibung eines Milieus (Wippermann, 2009).

Wie die Einbettung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen in eine dichte Beschreibung (Geertz, 1987) des lebensweltlichen Gesamtzusammenhangs von sozialer Lage und Lebensführung vollzogen werden kann, demonstriert Vester (2012) am Beispiel der unterprivilegierten Volksmilieus als Teil einer modifizierten Version der Milieutypologie des Heidelberger Sinus-Instituts (Vester et al., 2001). Die Angehörigen dieser unterprivilegierten Volksmilieus, die über niedrige Qualifikations- und Sicherheitsstandards verfügen, versuchen demnach einer Stigmatisierung durch verschiedene „Strategien der Ohnmächtigen“ (Vester, 2012, S. 46) zu entkommen. Zu diesen Strategien gehört zum einen die „flexible Gelegenheitsnutzung“, die dazu dient, sich der mit der unterprivilegierten Stellung verbundenen Unsicherheit und Machtlosigkeit anzupassen. Diese Strategie zielt im Wesentlichen auf das Mithalten mit den Standards der höheren „respektablen Milieus“ über ihnen, durch „die Anlehnung an Stärkere“ (Vester, 2012, S. 50). Die soziale Grunderfahrung der Menschen dieser Milieus ist die der Abhängigkeit in einer Gesellschaft, die durch den Gegensatz von

---

<sup>10</sup> Diese Position vertreten auch Müller (1992), Vester et al. (2001), Konietzka (1995), Spellerberg (1993) und Georg (1998). Historisch wurde diese Position bereits von Geiger (1932) vertreten, der bei seiner Untersuchung zur „Schichtung des deutschen Volkes“ ebenfalls von einer Begriffstriade von Lage-Mentalität-Lebensduktus ausgeht.

Macht und Ohnmacht erlebt wird. Nach Vester (2012, S. 50) resultiert aus dieser Grunderfahrung ein „fatalistischer Habitus“ durch den das Leben als „Schicksal, als Natur oder Glücksspiel“ interpretiert wird. Charakteristisch für die Strategie der Gelegenheitsnutzung ist es deshalb, auf nützliche persönliche Bekanntschaften oder Gelegenheitsjobs, das Glück, beispielsweise in Form von Lottogewinnen oder Schnäppchen und Gelegenheitskäufe zu setzen. Im Sinne der Anlehnung an Stärkere werden Statusverbesserungen durch günstige Eheschließungen oder die Protektion durch einen wohlwollenden Vorgesetzten angestrebt. Die mit dieser flexiblen Anpassungsstrategie einhergehende Selbstverleugnung und Selbstaussbeutung zieht im Ergebnis gesundheitsriskante Einstellungen und Verhaltensweisen nach sich. Neben mangelnden materiellen und kognitiven Voraussetzungen, die eine gesunde Lebensweise behindern, bilden die aus schlechten Arbeitsbedingungen und prekären Beschäftigungsverhältnissen resultierenden körperlichen und psychischen Belastungen zusätzliche Gesundheitsrisiken. Häufig gehen diese Risiken mit einem erhöhten Alkohol- und Tabakkonsum sowie unausgewogener und unregelmäßiger Ernährung einher (Lampert et al., 2005). Obwohl die mit dieser Lebensführung verbundenen erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken den Betroffenen häufig bewusst sind, prallen Appelle, Hilfsangebote und gut gemeinte Ratschläge an den naturalisierenden und schicksalsbezogenen Einstellungen und Stereotypen der Angehörigen dieser Milieus ab (Vester, 2012). Durch die mit dem fatalistischen Habitus resultierende Externalisierung der Ursachen für ihre Benachteiligung, erscheint es den Angehörigen dieser Milieus sinnlos, selbst etwas an ihren Verhaltensweisen und Verhältnissen zu ändern, wie z. B. durch die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen.

Für Vester (2012) gehen mit den beschriebenen Strategien jedoch nicht nur Defizite einher, auf die von außen pädagogisch eingewirkt werden muss, sondern auch spezifische Begabungen, die auf einem erhöhten Maß an Empathie und der Fähigkeit, auf Menschen so einzugehen, wie sie eben sind, beruhen. Diese Begabungen, die aus der Grunderfahrung der Abhängigkeit vom Wohlwollen der anderen resultieren, können für Veränderungen der Lebensführung genutzt und weiter kultiviert werden. Die dafür notwendigen Bewusstwerdungsprozesse könnten über aktivierende und beteiligende Interventionen im Zusammenspiel mit Maßnahmen der Chancenerweiterung durch Arbeitsmarkt- und Sozialreformen in Gang gesetzt werden. Weitere Möglichkeiten bestehen beispielsweise in der Identifikation und Präsentation von milieuaquaten Vorbildern und Rollenmodellen, mithilfe derer Botschaften von Gesundheitsförderung und Prävention platziert und verbreitet werden könnten.

Nach Otte (2008) wird die Entscheidung, welche sozialen Determinanten die Ausprägung von Lebensstilen beeinflussen, wesentlich durch den Forschungsgegenstand, der mithilfe von Lebensstilen aufgeklärt werden soll, und der darauf beruhenden Indikatorenauswahl bestimmt. Beispielsweise zieht der Einbezug von „ökonomisch wenig kapitalintensiven“ (Otte, 2008, S. 25) Variablen des all-

tagsästhetischen Geschmacks zur Konstituierung der „Erlebnisgesellschaft“ bei Schulze (1992) nur eine geringe Erklärungskraft von Strukturmerkmalen wie Einkommen oder beruflichem Status nach sich (Otte, 2008). Studien zu gesundheitsrelevanten Lebensstilen zeigen hingegen, dass diese eng mit „Mustern der sozio-strukturellen Differenzierung moderner Gesellschaften assoziiert [sind]“ (Abel, Abraham & Sommerhalder, 2009, S. 196). Infolgedessen existieren gesundheitsriskante Verhaltensweisen nach wie vor vermehrt bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Durch die hier vorgestellten Beispiele sollte verdeutlicht werden, dass bei der Verwendung von Lebensstil- und Milieuansätzen für gesundheitsbezogene Fragestellungen dem Zusammenhang von Verhaltensweisen und sozialen Verhältnissen je nach Forschungsinteresse ein unterschiedliches Gewicht beigemessen werden kann. Das Beispiel einer dichten Beschreibung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen im Kontext des Gesamtzusammenhangs von sozialer Lage und Lebensführung diene dazu, die hinter den gesundheitsassoziierten Verhaltensweisen liegenden zentralen Orientierungen (Habitustypen) zu verdeutlichen, die in der Auseinandersetzung mit der sozialen Lage dazu dienen, Privilegien zu sichern oder Benachteiligungen gegenüber anderen gesellschaftlichen Gruppen zu kompensieren. Zum anderen gibt diese Form der Beschreibung Hinweise darauf, an welchen kognitiven und motivationalen Schnittstellen von Lebensführung und gesundheitsbezogenen Lebensstilen primärpräventive Interventionen ansetzen könnten.

## **5.2 Lebensstile als Variablen oder Typen?**

Im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung werden Lebensstile in der Regel als einzelne themenspezifische Variablen, wie z. B. zu gesundheitsriskantem Substanzmissbrauch, Bewegung oder zur Ernährung konzipiert, um mithilfe statistischer Analysen den Einfluss solcher Verhaltensweisen auf das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zu untersuchen. Die Gründe dafür sind vor allem messtheoretisch. Während Lebensstiltypologien in der Regel nominal skaliert sind, weisen Lebensstilvariablen höhere Skalenniveaus und damit verbunden einen höheren Informationsgehalt auf (Otte, 2008). Ein Beispiel dafür bildet die Studie von Klein, Schneider & Löwel (2001), die mit der Verwendung von Lebensstilvariablen der Frage nachgingen, ob das geringere Mortalitätsrisiko höherer Bildungsschichten auf Unterschiede in gesundheitsbezogenen Lebensstilen zurückzuführen ist. Dabei konnten sie zeigen, dass der Bildungseffekt auf das Mortalitätsrisiko deutlich sinkt, sobald Lebensstilaspekte mit in die Analyse einbezogen werden. Bei der Konzeption von Lebensstilen als Variablen bleiben jedoch die Mechanismen, mit denen sich soziale Unterschiede auf gesundheitsbezogene Verhaltensunterschiede auswirken, meist im Unklaren. Durch die Konzentration auf statistische Effekte laufen variablenorientierte Ansätze deshalb Gefahr, die Handlungslogik von Akteuren außer Acht zu lassen (Otte, 2008).

Die Literaturrecherche zu Lebensstil- und Milieuansätzen in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung erbrachte nur vergleichsweise wenige Untersuchungen, die auf einem typologischen Ansatz der Lebensstil- und Milieuforschung beruhen. Beispiele dafür sind die bereits erwähnte Studie zum Ernährungsverhalten Jugendlicher von Gerhards & Rössel (2003) auf der Basis des Lebensstilansatzes von Schulze (1992) sowie die Studie von Nideröst (2007), die ihrer Untersuchung eine von Vester et al. (2001) modifizierte Version des Sinus-Ansatzes zugrunde legt. Durch die Identifikation verschiedener Typen somatischer Kultur, die selbst Teil umfassenderer Habitustypen sind, kann Nideröst (2007) zeigen, dass das HIV-Schutzverhalten von Männern im Kontext mit der sozialen Lage milieuspezifisch variiert. Vor dem Hintergrund der Diskussion um soziale Ungleichheit und Gesundheit schließt Nideröst (2007) aus ihren Ergebnissen, dass die körperbezogene Orientierung somit nicht einfach ein Ausdruck von Geschlechterstereotypen oder Folge männlicher Sozialisation ist, sondern dass für die Realisierung einer geschlechtergerechten Prävention und Gesundheitsförderung vermehrt die Milieuzugehörigkeit und somatische Kulturen berücksichtigt werden sollten, um die gesundheitsbezogenen Handlungen und Motive von Menschen besser zu verstehen. Ebenfalls auf der Basis der Sinus-Milieus (vgl. Kapitel 6.1) kann Wippermann (2009) zeigen, dass sich Unterschiede in der Gesundheitsvorsorge sowie der Verbreitung von Diabetes mellitus, Adipositas und Allergien<sup>11</sup> auf eine milieuspezifische Bündelung von Risiko- und Schutzfaktoren zurückführen lassen, die mit Unterschieden der Kombination von sozialer Lage, lebensweltlichen subjektiven Einstellungen und Orientierungen sowie Verhaltensweisen, Routinen und Ritualen im Zusammenhang stehen.

### **5.3 Themenzentrierte oder allgemeine Lebensstilanalyse?**

Der Einsatz themenzentrierter Lebensstilanalysen ist in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung der Regelfall. Dort wird der Einfluss von Lebensstilen auf die Gesundheit als abhängiger Variable untersucht. Beispiele dafür sind die bereits erwähnte Studie von Klein, Schneider & Löwel (2001) sowie eine Studie des Robert Koch-Instituts zum Thema Lebensführung und Sport (RKI, 2008). Letztere beruht auf Sekundäranalysen von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) sowie der im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) durchgeführten Nationalen Untersuchungssurveys (NUS) und des Bundesgesundheitsurveys 98 (BGS98). Dabei erfolgte die Analyse der Voraussetzungen für die Ausübung von Sport unter der Annahme, dass sportliche Aktivität, als Teilbereich der Freizeitgestaltung, in ein umfassendes individuelles Konzept der Lebensführung und damit verbundenen gesundheitsrelevanten Überzeugungen und Werthaltungen eingebettet ist. Einbezogen wurden Variablen zu Lebensform und Partnerschaft, Erwerbsstatus, Zeiteinteilung im Alltag, beruflicher Belastung, sozialer Unterstützung, gesundheitsbezogenen Einstellungen, dem Ernährungs-, Be-

---

<sup>11</sup> Auf der Basis der selbsteingeschätzten Lebenszeitprävalenz.

wegungs- und sonstigen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Mittels hierarchischer Clusteranalysen konnten insgesamt 20 Lebensstilgruppen identifiziert werden, die sich hinsichtlich ihrer Gesamtkonfiguration in den genannten Dimensionen voneinander unterscheiden und damit verschiedene Ansatzpunkte für primärpräventive Interventionen bieten (RKI, 2008).

Untersuchungen von Lebensstilen im Rahmen von Sekundäranalysen haben den Nachteil, dass keine eigene Konzeption von Lebensstilen vorgenommen werden kann, sondern auf bereits vorhandene Variablen zurückgegriffen werden muss. Eine Einschränkung mit der die Konzeption von Lebensstilen als Variablen häufig im Zusammenhang steht. Zum anderen sind Lebensstilkonstruktionen mittels Clusteranalysen mit erheblichen methodologischen und methodischen Problemen verbunden (vgl. Kapitel 7.1). Des Weiteren laufen themenzentrierte Lebensstilanalysen Gefahr, Tautologien zu produzieren, wenn beispielsweise bereichsspezifische Aspekte eines Verhaltens durch eine Verhaltenstypologie des gleichen Bereichs erklärt werden, da dann nur eine mangelnde Trennung von abhängigen und unabhängigen Variablen erfolgt (Otte, 2008). Von diesen Limitationen abgesehen, bieten themenzentrierte Lebensstilanalysen ein hohes Potenzial zur Erklärung bereichsspezifischer Einstellungen und Verhaltensweisen.

Im Rahmen dieser Arbeit wird jedoch für ein Lebensstilkonzept plädiert, das gesundheitsspezifische Einstellungen und Verhaltensweisen durch eine Einbettung in die allgemeine Lebensführung erklärt, da einem solchen Ansatz neben seinem Potenzial zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit und der Identifikation von Zielgruppen ein umfänglicheres Potenzial für die Offenlegung zielgruppenorientierter Zugänge zugeschrieben wird. Im Folgenden werden deshalb drei verschiedene Varianten von Lebensstil- und Milieutypologien beschrieben und hinsichtlich ihrer Eignung für den Einsatz im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung untersucht. Die Ansätze des Sinus-Instituts und Schulzes (1992) bilden dabei die derzeit prominentesten Ansätze, denen ein induktiv-empiristisches Vorgehen zugrunde liegt. Der Ansatz von Otte (2005; 2008) stellt eine theoriegeleitete Alternative zu diesen Ansätzen dar.

## 6. Sozialstrukturanalysen mit Lebensstil- und Milieutypologien

Derzeit werden Lebensstil- und Milieuansätze vorrangig für Zielgruppenanalysen in der Markt- und Meinungsforschung eingesetzt (z. B. Konietzka, 1995; Georg, 1998). Das Heidelberger Sinus-Institut unternimmt bereits seit den 1970er Jahren die Rekonstruktion von sozialen Milieus zur Segmentierung von Lebenswelten für Politik-, Markt- und Sozialforschung (Becker & Nowak, 1982; Flaig, Meyer & Ueltzhöffer, 1993; Vester et al., 1993; 2001). Mittlerweile liegen solche Typologien auch für die neuen Bundesländer und die meisten europäischen Länder sowie die USA, Kanada und China vor (SINUS, 2009). Bis heute wurden Lebensstilansätze jedoch nur in zwei bundesweiten Surveys, dem Wohlfahrtssurvey 1993 (Spellerberg, 1993) und dem ALLBUS 1998, eingesetzt. In der Lebensstilforschung werden vorrangig cluster- und korrespondenzanalytische Verfahren zur Konstruktion von Typologien verwendet. Die Clusteranalyse ist dabei das verbreitetere Verfahren<sup>12</sup>. Stellvertretend für die clusteranalytischen Varianten ist der Ansatz des Heidelberger Sinus-Instituts (Becker & Nowak, 1982; Flaig, Meyer & Ueltzhöffer, 1993; SINUS 1998; SIGMA 2000), das auch unter der Bezeichnung Sinus Sociovision firmiert. Der Ansatz von Gerhard Schulze (1992) gehört zu den korrespondenzanalytischen Varianten der Milieukonstruktion<sup>13</sup>.

### 6.1 Die Sinus-Milieutypologie

#### 6.1.1. Datenbasis und Verfahren

Zur Analyse von sozialen Milieus in Deutschland wurden vom Heidelberger Sinus-Institut zwischen 1979 und 1981 insgesamt 1.700 Männer und Frauen ab 16 Jahren in qualitativen problemzentrierten Interviews zu wichtigen Lebens- und Erlebnisbereichen des Alltags wie Arbeit, Familie, Freizeit, sozialen Kontakten, Konsumwünschen und politischen Überzeugungen befragt. Die Auswertung der Interviews erfolgte unter der Annahme, dass spezifische Wertorientierungen charakteristische Lebensphilosophien und Lebensziele prägen und bestimmte Kombinationen von Werten „milieutypische Syndrome“ bilden (Becker & Nowak, 1982, S. 259; zit. nach Nideröst, 2007). Auf diese Weise wurden für die damalige Bundesrepublik Deutschland acht verschiedene Milieus entlang einer vertikalen Stratifizierung anhand fünf sozialer Schichten sowie einer horizontalen Differenzierung entlang der Dimension einer traditionellen, einer materiellen und einer durch Modernität und sozialen Wandel charakterisierten Grundorientierung konstruiert (Hartmann, 1999). Die dabei vorge-

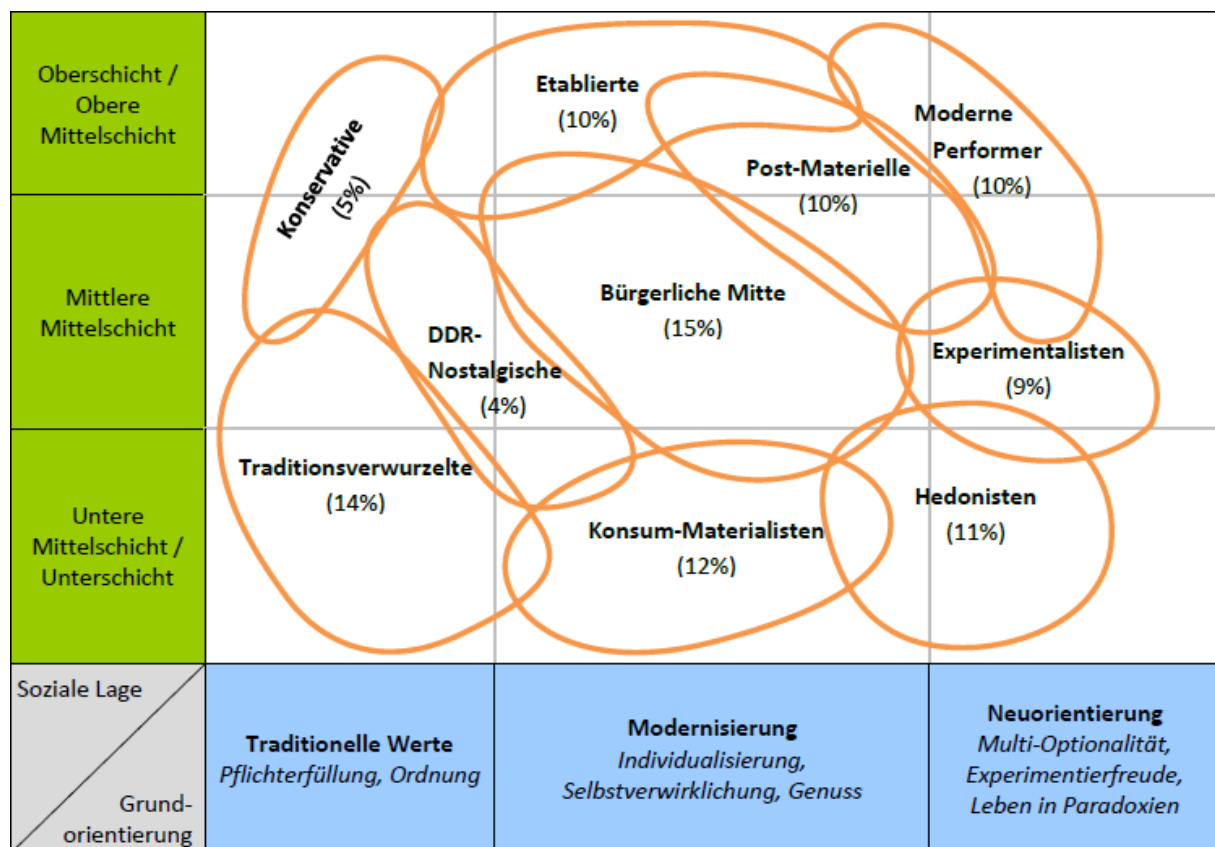
---

<sup>12</sup> Weitere Vertreter von Lebensstilkonstruktionen mittels Clusteranalysen sind die Ansätze von Dommer (1994), Georg (1998), Gluchowski (1987, 1988), Hartmann & Neuwöhner (1999), Lechner (1998), Lüdtke (1990; 1995), Otte (1997), Spellerberg (1993), Vester et al. (2001) und Wahl (1997; 2003)

<sup>13</sup> Weitere Vertreter korrespondenzanalytischer Varianten sind die Ansätze von Blasius & Winkler (1989), Bourdieu (1982), Johannsen (2000), Konietzka (1995) und Schroth (1999)



nommene Milieukonstruktion erfolgte mittels Clusteranalysen. Abbildung 4 zeigt die Sinus-Milieustruktur für die gesamtdeutsche Gesellschaft aus dem Jahr 2009. Je höher dabei ein Milieu angesiedelt ist, desto gehobener sind Einkommen, Bildung und Berufsstatus bzw. Berufsprestige. Je weiter rechts ein Milieu liegt, desto moderner ist die Grundorientierung des Milieus ausgerichtet. Die Grenzen zwischen den Milieus sind fließend und erstrecken sich über verschiedene soziale Schichten. Sinus Sociovision nennt das die „Unschärferelation der Alltagswirklichkeit“ (SINUS, 2009, S. 12).



**Abbildung 4:** Die Sinus- Milieus in Deutschland 2009 und ihre geschätzten Anteile an der Gesamtbevölkerung in Prozent. Quelle: SINUS (2009, S. 13). Eigene Darstellung.

Ab 1981 wurden die Milieuzugehörigkeiten auch unter Verwendung statistischer Verfahren auf der Basis quantitativer Erhebungen geschätzt. Dafür wurden aus den qualitativen Interviews insgesamt 112 Einzelitems extrahiert, die von 250 Personen, deren Milieuzugehörigkeit aus den qualitativen Befragungen bekannt war, im Rahmen einer standardisierten Befragung beantwortet wurden. Mittels Faktoren- und Diskriminanzanalysen wurden die ursprünglich 112 Items auf 40 Items reduziert<sup>14</sup>, die den ersten Milieuindikator des Heidelberger Sinus-Instituts bildeten (Hartmann, 1999). Der Milieuansatz des Sinus-Instituts zielt dabei darauf ab, Status und Veränderungen in den Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Modernisierung und damit verbundenen Sinn- und Werteverlusten (Regression) und Prozessen sozialer Differenzierung (Segregation) zu beschreiben (SINUS, 2009). Bis heute haben der Sinus-Milieuindikator

<sup>14</sup> Nach weiteren Modell-Updates umfasst der Milieuindikator des Sinus-Instituts aktuell noch 29 Items (Stand: 2012).

sowie die Konstruktion von Milieutypen deshalb eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Modifikationen erfahren. Seit 2001 werden die Milieus auch für Gesamtdeutschland gebildet.

### **6.1.2. Typenbeschreibung**

Nach Sinus Sociovision (SINUS, 2009, S. 15ff.) können die Milieus der „Etablierten“, der „Postmateriellen“ und der „Modernen Performer“ zu den gesellschaftlichen Leitmilieus gezählt werden. Diese machen zusammen einen Anteil von ca. 30 % der Bevölkerung aus. Die Angehörigen des Milieus der Etablierten sind laut Sinus Sociovision (2009) dabei durch eine erfolgsorientierte Ethik geprägt, die sich durch Machbarkeitsdenken und Exklusivitätsansprüche auszeichnet. Nach Wippermann (2009) wird die Bedeutung der Gesundheit zum Erhalt der eigenen Leistungsfähigkeit hoch eingeschätzt und durch aktive Vorsorge und kompensatorische Maßnahmen gefördert. Vergleichsweise hoch unter den Etablierten ist außerdem der Anteil von Allergikern; eher gering ist stattdessen der Anteil an Diabetikern unter den Angehörigen dieses Milieus. Da in diesem Milieu überwiegend ältere Menschen zu finden sind, erklärt dies zumindest teilweise den vergleichsweise hohen Anteil an Übergewichtigen in diesem Milieu. Neben dem Alter existieren aber auch sozio-kulturelle Gründe, dafür spricht jedenfalls der vergleichsweise geringe Anteil von Adipositas im altersmäßig vergleichbaren Milieu der Konservativen. Angehörige des postmateriellen Milieus stehen den Idealen der 68er-Generation nahe und besitzen eine liberale Grundhaltung. Sie sind an postmateriellen Werten orientiert und hegen intellektuelle Interessen. Ähnlich wie bei den Etablierten, spielt die Gesundheitsvorsorge eine wichtige Rolle. Sie besitzen jedoch eine stärkere Präferenz für alternative Medizin und Naturheilverfahren und stehen der Apparate-Medizin kritisch gegenüber (Wippermann, 2009). Vergleichsweise hoch ist der Anteil von Diabetikern und Allergikern in diesem Milieu. Die modernen Performer rekrutieren sich überwiegend aus der jungen, unkonventionellen Leistungselite. Angehörige dieses Milieus pflegen ein intensives berufliches und privates Leben und zeichnen sich durch Flexibilität sowie eine starke Begeisterung für neue Medien aus. Auch in diesem Milieu wird Gesundheit als Ressource verstanden, die der Erhaltung der eigenen Leistungsfähigkeit dient. Infolgedessen wird der Vorsorge ein relativ hoher Stellenwert beigemessen. Im Vergleich zu allen anderen Milieus sind Adipositas und Diabetes unter Angehörigen dieses Milieus am wenigsten verbreitet. Der Anteil an Allergikern liegt stattdessen relativ hoch. Laut Wippermann (2009) erklärt sich dies aus einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei den gesellschaftlich gehobenen Leitmilieus.

Zu den traditionellen Milieus gehören die Milieus der „Konservativen“, der „Traditionsverwurzelten“ und der „DDR-Nostalgiker“. Diese machen zusammen ca. 25 % der Bevölkerung aus. Die Konservativen rekrutieren sich aus dem alten, deutschen Bildungsbürgertum und weisen eine humanistisch geprägte Pflichtenauffassung auf. Gepflegte Umgangsformen und eine konservative Kulturkritik gehö-

ren zu den Charakteristika dieses Milieus. Nach Wippermann (2009) betrachten die Angehörigen dieses Milieus Gesundheit als Verantwortung und pflegen ein enges Verhältnis zu ihrem Arzt bzw. zu ihrer Ärztin. Besonders unter Frauen ist auch eine Präferenz für Homöopathie und Naturheilverfahren anzutreffen. Sowohl bei der Verbreitung von Adipositas, Diabetes und Allergien ist dieses Milieu im Mittelfeld angesiedelt. Die nach Sicherheit und Ordnung strebende Kriegsgeneration bildet das Milieu der Traditionsverwurzelten. Angehörige dieses Milieus hängen einer kleinbürgerlichen Weltanschauung und einer traditionellen Arbeiterkultur an. Das Milieu der DDR-Nostalgiker besteht aus den resignierten Verlierern der deutschen Wende von 1989. Diese hängen altsozialistischen Vorstellungen von Gerechtigkeit und Solidarität an und halten an preußischen Tugenden fest. Nach Wippermann (2009) prägen die Angehörigen dieser Milieus eine Verzichtsmentalität aus, die auf Robustheit und den Abbau von Empfindsamkeit ausgerichtet ist. Zur Behandlung von Erkrankungen wird nach dem Motto „viel hilft viel“ auf Hausrezepte und die Schulmedizin zurückgegriffen. In beiden Milieus sind die meisten Übergewichtigen und Diabetiker vertreten. Für das Milieu der Traditionsverwurzelten kann dies laut Wippermann (2009) auf eine traditionelle Ernährungsweise mit deftiger, fettreicher deutscher Hausmannskost zurückgeführt werden. Gleichzeitig komplettiert ein notorischer Bewegungsmangel das Risikoverhalten der Angehörigen dieses Milieus. Neben der traditionellen Ernährungsweise kann der hohe Anteil an Übergewicht und Adipositas unter den DDR-Nostalgikern außerdem auf die ideologisch geprägte Ablehnung des westlichen Schönheitsideals und die Stilisierung proletarischer Leitbilder sowie mit dem Essen verbundene Kompensationsstrategien von Frustration und Entwurzelung zurückgeführt werden. Auffällig ist gleichfalls der vergleichsweise geringe Anteil von Allergikern in diesen Milieus. Der Verzichtsmentalität und dem Ideal der Robustheit entsprechend, wird die Anfälligkeit für Allergien insbesondere von männlichen Angehörigen dieser Milieus als Schwäche gedeutet, die man sich schlichtweg nicht leisten kann. Neben den gesundheitsbezogenen Einstellungen spielt somit auch die geringe finanzielle Ausstattung eine Rolle für die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

Die Milieus der „Bürgerlichen Mitte“ sowie der „Konsum-Materialisten“ bilden die Milieus des gesellschaftlichen Mainstream. Zusammen genommen machen diese rund 27 % der Bevölkerung aus. Angehörige der bürgerlichen Mitte streben nach gesicherten und harmonischen Verhältnissen sowie nach beruflicher und sozialer Etablierung. Charakteristisch für die gesundheitsbezogenen Einstellungen von Angehörigen dieses Milieus ist laut Wippermann (2009) die Adaption von etablierten und sozial erwünschten Gesundheitstrends wie Fitness, Wellness, Sport und gesunde Ernährung. Diese Adaption ist auch verantwortlich für den unterdurchschnittlichen Anteil von Diabetikern bei gleichzeitig überdurchschnittlichen Anteilen von Übergewichtigen und Adipösen in diesem Milieu. Bei den Allergien liegen die Angehörigen der bürgerlichen Mitte unauffällig im Mittelfeld. Die Konsum-Materialisten gehören der stark materialistisch geprägten Unterschicht an. Diese versuchen ihre so-

ziale Benachteiligung durch den Anschluss an die Konsum-Standards der breiten Mitte zu kompensieren. Dabei geht die Konsumorientierung auch mit einem hohen Genussmittelkonsum einher. Gesundheit hat nur einen geringen Stellenwert für Angehörige dieses Milieus; Sorglosigkeit und Verantwortungslosigkeit im Umgang mit dem eigenen Körper sind eher die Regel (Wippermann, 2009). Ähnlich wie bei den Milieus der Traditionsverwurzelten und der DDR-Nostalgiker sind der vergleichsweise hohe Anteil von Diabetikern und der auffällig geringe Anteil von Allergikern auf ein Herunterspielen und Verdrängen von Symptomen in diesen Milieus zurückzuführen. Im Widerspruch zur geringen finanziellen Ausstattung dieses Milieus steht die Neigung zu teurem aber unaufwändigem Fastfood, aus der sich nach Wippermann (2009) der überdurchschnittliche Anteil von Übergewicht und Adipositas in diesem Milieu zurückführen lässt.

Die Milieus der „Experimentalisten“ und der „Hedonisten“ umfassen zusammen genommen etwa 20 % der Bevölkerung. Das Milieu der Experimentalisten besteht dabei laut Sinus Sociovision (2009) aus einer extrem individualistischen, neuen Bohème. Ungehinderte Spontaneität charakterisiert das vorherrschende Prinzip der Lebensführung dieses Milieus. Gemeinsam mit den anderen gehobenen Milieus weisen die Experimentalisten eine hohe Sensibilität und eine Präferenz für alternative medizinische Verfahren auf. Damit im Zusammenhang steht der hohe Anteil an Allergikern in diesem Milieu, der von Wippermann auf eine verstärkte Inanspruchnahme von Leistungen zurückgeführt wird. Die spaßorientierte moderne Unterschicht bzw. untere Mittelschicht bildet das Milieu der Hedonisten. Zentral für die Grundeinstellung der Angehörigen dieses Milieus ist die Verweigerung von Konventionen und Verhaltenserwartungen der Leistungsgesellschaft. Vielmehr wird ein Ideal des „forever young“ zelebriert, das mit der Verdrängung von Gesundheitsrisiken einhergeht. Der Körper wird als „belastbares Material“ betrachtet (Wippermann, 2009, S. 155). Damit verbunden ist auch eine geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, die ebenfalls Hinweise darauf liefert, dass der geringe Anteil an Allergikern in diesem Milieu, auf eine erhöhte Dissimulation und Indolenz zurückgeführt werden kann, die im Zusammenhang mit einem Habitus der „Notwendigkeit“ steht.

## **6.2 Die Erlebnismilieus nach Gerhard Schulze**

### **6.2.1 Datenbasis und Verfahren**

Auch beim Ansatz von Gerhard Schulze (1992) sind Bildungsressourcen und eine mit dem Alter assoziierte biografische Grundorientierung konstitutiv für die westdeutsche „Erlebnisgesellschaft“. Andere Lagemerkmale wie das Einkommen oder der berufliche Status sind dem gegenüber nur von geringer Bedeutung. Die empirische Basis bildet eine Erhebung von 1014 zufällig ausgewählten Frauen und Männern im Alter von 18 bis 70 Jahren der Wohnbevölkerung Nürnbergs im Jahr 1985. Im Rahmen einer standardisierten Befragung zu Alter, Bildung, Freizeitgestaltung, Haushaltsführung,

Lektüre- und Musikpräferenzen, Vorlieben für Kunst, Oper, Theater, Kino, Fernsehen oder den Besuch von Museen, Ausstellungen oder Diskotheken werden diese zu fünf „hypothetischen“ sozialen Milieus der „Erlebnisgesellschaft“ kombiniert. Träger der Lebensstile bei Schulze sind allerdings nicht die Akteure selbst, sondern von Schulze kombinierte Alters-Bildungsgruppen (Abbildung 5). Dies kann so verstanden werden, dass nicht die subjektiven Merkmale von Individuen Grundlage für die Ausprägung von Lebensstilen sind, sondern dass die Wahrscheinlichkeit sich an einem gegebenen Erlebnismilieu zu orientieren, mit dem Alter und dem Bildungsniveau zusammenhängt.

Bildungsabschluss	Soziale Milieus (Erlebnispräferenzen)		
Abitur und Universität	Niveaumilieu (Streben nach Rang)	Selbstverwirklichungsmilieu (Streben nach Selbstverwirklichung)	
Abitur und Fachhochschule / Lehre			
Abitur ohne Zusatzausbildung			
Fachabitur und Fachhochschule			
Fachabitur und Lehre			
Mittlere Reife und berufsbildende Schule	Integrationsmilieu (Streben nach Konformität)	Unterhaltungsmilieu (Streben nach Stimulation)	
Mittlere Reife und Lehre			
Mittlere Reife ohne Zusatzausbildung			
Hauptschule und berufsbildende Schule	Harmoniemilieu (Streben nach Geborgenheit)		
Qualifizierter Hauptschulabschluss und Lehre			
Einfacher Hauptschulabschluss und Lehre			
Hauptschule ohne Lehre / ohne Abschluss			
Altersgrenze	> 40 Jahre		< 40 Jahre

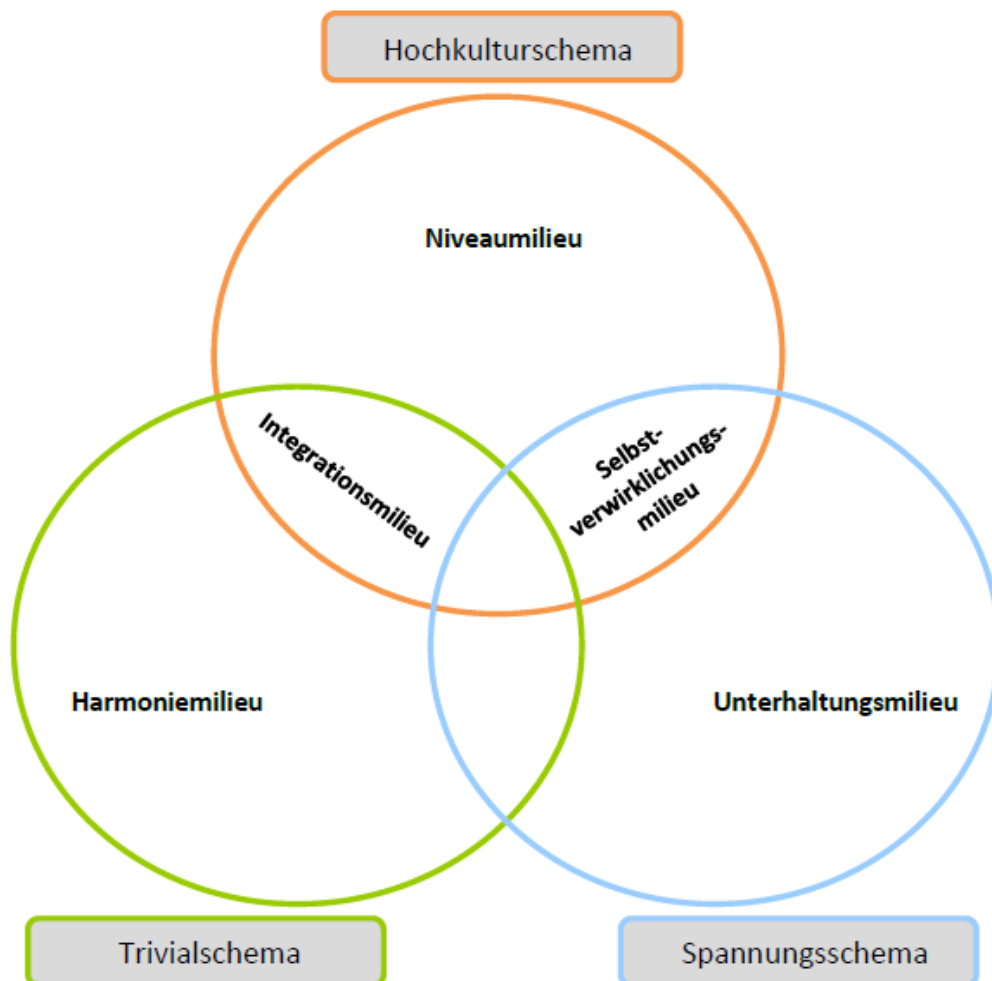
**Abbildung 5:** Hypothetische Milieukonstruktion auf der Basis von Alters-Bildungsgruppen nach Schulze (1992). Quelle: Otte (2008, S. 48). Eigene Darstellung.

Die Altersgrenze verläuft dabei entlang des vollendeten 40. Lebensjahres, das als biografische Lebensmitte laut Schulze eine Scheidelinie für die Milieuzugehörigkeit markiert. Die Milieuzugehörigkeit steht somit im Zusammenhang mit einer vom Bildungsniveau abhängigen kulturellen Kompetenz sowie einer eng mit dem Alter korrelierten biografischen Grundorientierung.

Diese Grundorientierung bewegt sich innerhalb der Sphären von drei alltagsästhetischen Schemata, dem Hochkultur-, Spannungs- und/oder Trivialschema, deren Kombination nicht ausgeschlossen ist. Die jeweilige Kombination der Schemata konstituiert milieuspezifische alltagsästhetische Lebensstile, die in sozialen Interaktionen als Distinktionsmerkmale fungieren (Abbildung 6).

Im Unterschied zu Bourdieu, ist die Ausstattung mit ökonomischem Kapital für die milieuspezifische Orientierung und die Distinktion gegenüber Angehörigen anderer Milieus aufgrund der Auseinandersetzung mit der sozialen Lage bei Schulze von untergeordneter Bedeutung. Nach Schulze sind die jeweiligen Freizeitstile auf die Maximierung „schöner Erlebnisse“ (Schulze, 1992, S. 736) ausgerichtet, relativ ressourcenunabhängig und im Prinzip frei wählbar. Das individuelle Streben nach schönen Erlebnissen vollzieht sich in Form von persönlichen Stilen, die schon bei oberflächlicher In-

teraktion als ästhetischer Typus leicht erkennbar sind. Durch ihre Nähe und Distanz zu den alltagsästhetischen Schemata werden diese Stile ausgeprägt (Müller-Schneider, 1996). Die Schemata stellen jedoch keine unvereinbaren Alternativen dar, „sondern [...] Kombinationsmöglichkeiten, von denen [Menschen] auf verschiedene Weise Gebrauch machen, um sich ihren persönlichen Stil zusammenzubasteln.“ (Schulze, 1992, S. 155). Erst die jeweilige Konfiguration der Merkmalsausprägungen aus den drei Schemata führt zur Konstitution der entsprechenden gesellschaftlichen Erlebnismilieus. Die genannten Schemata von Schulze liegen somit unabhängig voneinander vor und bilden nicht notwendigerweise ästhetische Gegenpole. Die alltagsästhetischen Schemata werden von Schulze mittels Korrespondenzanalysen auf Basis der lebensstilassozierten Merkmalsausprägungen im Spektrum grundlegender Semantiken von Komplexität-Einfachheit und Spontaneität-Ordnung ermittelt (Schulze, 1992). Innerhalb des dadurch entstehenden dreidimensionalen Feldes werden die Milieus in Kombination mit Alter und Bildung platziert.



**Abbildung 6:** Soziale Milieus im Raum der drei alltagsästhetischen Schemata nach Schulze (1992). Quelle: Hartmann (1999, S. 117). Eigene Darstellung.

### 6.2.2. Typenbeschreibung

Mit steigendem Bildungsniveau und Alter ist demnach eher eine Abgrenzung vom Trivial- und Spannungsschema und eine Hinwendung zum Hochkulturschema wahrscheinlich, die mit Vorlieben für den Kulturteil der Tageszeitung, klassische Musik, Opern- und Museumsbesuche und gehobenem Wohnkomfort einhergeht. Das genussvolle Erleben von Besinnlichkeit auf hohem Niveau und das Streben nach Rang sind charakteristisch für den Stiltypus des Niveaumilieus, dem eher gehobene Berufsgruppen und Menschen mit höherer Bildung angehören (Schulze, 1992).

Angehörige des Integrationsmilieus sind vorwiegend ältere Menschen mit mittleren Bildungsabschlüssen in Rente oder Pension. Diese streben nach Konformität und zeichnen sich durch eine Nähe zum Hochkultur- und Trivialschema sowie Distanz zum Spannungsschema aus. Sie bevorzugen Volksmusik, Spaziergänge in der häuslichen Umgebung oder Gartenarbeit. Außerdem präferieren sie lokale Sendungen und politische Diskussionen im Fernsehen und weisen eine erhöhte Identifikation mit christlich-konservativen Parteien auf. Häufig sind die Angehörigen dieses Milieus verheiratet oder verwitwet und befinden sich in der nachelterlichen Lebensphase. Die Aktivität dieser Menschen ist auch oft von gesundheitlichen Problemen eingeschränkt, wie Herz-Kreislaufkrankungen, Durchblutungsstörungen oder Gelenkerkrankungen (Schulze, 1992).

Dem Stiltypus des Harmoniemilieus, dem eher ältere Menschen mit niedriger Bildung angehören, entspricht eine Distanz zum Hochkultur- und Spannungsschema bei gleichzeitiger Nähe zum Trivialschema. Angehörige dieses Milieus streben nach Geborgenheit im Kreise der Familie und haben eine Vorliebe für Heimatfilme, Volkstheater, Fernsehshows, Quizsendungen, Werbung, leichte Unterhaltungsmusik oder deutsche Schlager. Im Vordergrund der Lebensgestaltung stehen außerdem Hausarbeit, sowie die Präferenz für Trivialliteratur. Die politischen Überzeugungen sind von Fatalismus, Rigidität, Anomie und politischer Unterordnung geprägt. Häufig sind Menschen mit Übergewicht in diesem Milieu vertreten (Schulze, 1992).

Die letzten beiden Milieus werden eher von jüngeren Altersgruppen unter 40 Jahren gebildet. Beide Milieus weisen eine starke Nähe zum Spannungsschema auf. Ihre Akzentuierung besteht in einer unterschiedlichen Distanz zum Hochkultur- bzw. Trivialschema. Dem Typus des Selbstverwirklichungsmilieus gehören eher allein lebende jüngere Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen an, die sich noch in Ausbildung befinden oder häufig sitzende Tätigkeit am Bildschirm ausführen. Diese grenzen sich vom Trivialschema ab und weisen eine Nähe zum Hochkulturschema auf. Selbstverwirklichung bildet das Zentrum der Lebensgestaltung von Angehörigen dieses Milieus. Entsprechend bevorzugen diese eher Jazz-Musik, lesen die taz und Stadtmagazine, besuchen Selbsterfahrungsgruppen und haben ein erhöhtes Interesse an psychologischen Sachverhalten und Fragestellungen (Schulze, 1992).

Angehörige des Unterhaltungsmilieus sind eher jüngere Menschen mit einfachen und mittleren Bildungsabschlüssen, die sich vom Hochkulturschema abgrenzen. Die Suche nach Stimulation steht für die Angehörigen dieses Milieus im Vordergrund der Lebensgestaltung. Damit verbunden ist eine Vorliebe für Rock- und Popmusik, amerikanische Krimis, Automaten Spiele, Sciencefiction- oder Zeichentrickfilme sowie häufige Kino-, Bar- und Diskothekenbesuche. Auffällig ist der hohe Anteil der Raucher in diesem Milieu (Schulze, 1992).

Die Konstituierung der Milieus wird dabei sowohl kognitiv als auch motivational begründet. Kognitiv orientieren sich Akteure in sozialen Interaktionen an milieuspezifischen Zeichen und Symbolen, zu denen das Alter, die Bildung und der alltagsästhetische Stil gehören; motivational dient die Milieuzugehörigkeit der Befriedigung unterschiedlicher Erlebnispräferenzen wie der Selbstverwirklichung, der Stimulation, der Geborgenheit, der Konformität oder dem Streben nach Rang (vgl. Abbildung 5). Als Form der Vergemeinschaftung unterstellt Schulze dabei eine erhöhte Binnenkommunikation von Angehörigen gleicher gegenüber denen anderer Milieus (Schulze, 1992).

Im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung wurde der Ansatz von Schulze einer empirischen Studie zum „Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile“ (Gerhards & Rössel, 2003) zugrunde gelegt. Dabei wurden im Jahr 2001 unter insgesamt 400 Schülerinnen und Schülern Leipziger Mittelschulen und Gymnasien im Alter von 13 - 16 Jahren standardisierte Befragungen zum Konsum unterschiedlicher Lebensmittel, zum Wissen über Ernährung, zu Freizeitaktivitäten, zum Freundeskreis, zu den Freizeitaktivitäten von Mutter und Vater sowie soziodemographischen Merkmalen des Elternhauses durchgeführt. Vertiefend wurden außerdem 25 Schülerinnen und Schüler mittels qualitativer Leitfadeninterviews befragt. Zusätzlich zu den alltagsästhetischen Schemata Schulzes wurden dem Lebensstilmodell der Eltern ein Heimwerkerschema und ein Sportschema zugrunde gelegt, die sich im Wesentlichen hinsichtlich ihres häuslichen bzw. außerhäuslichen Aktionsradius unterscheiden. Für die Lebensstile der Schüler konnten neben dem Hochkulturschema Schulzes noch ein Sportschema und ein Fernsehschema identifiziert werden. Darüber hinaus wurde für die Abbildung der jugendlichen Lebensstiltypen das Spannungsschema Schulzes nach einem häuslichen bzw. außerhäuslichen Aktionsradius ausdifferenziert.

Die Ergebnisse der Studie von Gerhards und Rössel (2003) zeigen, dass zum einen der elterliche Lebensstil auf verschiedenen Wegen das Ernährungsverhalten der Kinder beeinflusst. So werden verschiedene Abneigungen oder Vorlieben bezüglich bestimmter Speisen und Getränke über Sozialisationsprozesse vermittelt und erzeugen im Ergebnis ähnliche Ernährungsvorlieben und Abneigungen bei den Kindern. Zum anderen zeigen die Ergebnisse, dass zwei der jugendlichen Lebensstilorientierungen - das Hochkulturschema und das Sportschema - sich förderlich im Hinblick auf eine gesunde Ernährung auswirken, während die übrigen drei Schemata eher eine gesundheitsschädliche Ernährung begünstigen. Je höher dabei der Fernsehkonsum von Jugendlichen ausfällt, desto höher ist auch



der Konsum von Snacks, Süßigkeiten und Süßgetränken. Umgekehrt gehen ein sportorientierter sowie ein an Hochkultur orientierter Lebensstil von Jugendlichen mit einem erhöhten Konsum von Milchprodukten, Obst, Gemüse und Vollkornbrot einher. Darüber hinaus erweisen sich Jugendliche, die diese Lebensstile bevorzugen, auch resistenter gegenüber dem Konsum von Drogen.

### **6.3 Die konzeptuelle Lebensführungstypologie von Otte**

Zu den bisher vorgestellten induktiv-empiristischen Ansätzen bildet das Vorgehen von Gunnar Otte (2005; 2008) eine theoriegeleitete Alternative zur Typologiekonstruktion. Dazu nimmt er zunächst eine Metaanalyse der westdeutschen Lebensstil- und Werteforschung der 1980er und 1990er Jahre vor. In einem zweiten Schritt wird auf der Basis der in die Analyse einbezogenen Ansätze eine hypothetische Lebensführungstypologie entworfen, für die die untersuchten Ansätze quasi als explorative Vorstudien fungieren. In einem weiteren Schritt wird diese hypothetische Typologie mittels eigener Erhebungen empirisch überprüft. Ottes Anliegen ist es dabei, die mit dem induktiv-empiristischen Vorgehen verbundenen Probleme der bestehenden Ansätze zu vermeiden und eine Typologie zu entwickeln, die sich in zeitlich gestaffelten Trendanalysen reproduzieren lässt. Dies würde eine kumulative Lebensstilforschung ermöglichen, mit der Wandlungsprozesse innerhalb der Sozialstruktur im Zeitverlauf abgebildet und analysiert werden können.

#### **6.3.1. Auswahl zentraler Dimensionen der Lebensführung**

Auf der Basis eines synoptischen Vergleichs bestehender Lebensstilkonstruktionen der 1980er und 1990er Jahre ermittelt Otte zunächst vier für die Lebensführung zentrale Dimensionen, „die entweder explizit angegeben werden oder sich auf der Grundlage der Typenbeschreibungen bzw. der strukturierenden Merkmale der sozialen Lage ableiten lassen.“ (Otte, 2008, S. 70). Dazu gehören:

- Die Dimension des kohortenspezifischen Modernitätsgrades bzw. der am Lebenszyklus orientierten biografischen Perspektive als zeitbezogene Dimension der Lebensführung, die den Konzeptionen des Sinus-Instituts, Vesters et al. (2001) sowie den Konzepten von Bourdieu (1982), Spellerberg (1993), Schulze (1992) und Georg (1998) zugrunde liegen.
- Die Dimension des Ausstattungsniveaus der Lebensführung, mittels dessen sich Bevölkerungsgruppen entlang ihrer habitualisierten Distinktionsneigungen und darauf beruhender Stilisierungspraktiken und Statussymboliken sowie ihrer kulturellen Kompetenzen hierarchisch einordnen lassen (Bourdieu (1982), Sinus-Institut, Vester et al. (2001)).
- Der Aktionsradius der Lebensführung mit den Polen einer passiven häuslichen oder heimatzentrierten versus einer aktiven außerhäuslichen oder öffentlichen Orientierung, wie er vor allem dem Ansatz von Spellerberg (1993) zugrunde liegt.

- Sowie der alltagsästhetische Geschmack, als vierte zentrale Dimension der Lebensführung, der sich, wie vor allem Schulze (1992) zeigt, aufgrund seiner Nähe und Distanz zum Hochkultur-, Trivial- und Spannungsschema abbilden lässt.

Nach Otte (2008) kann insbesondere im Rahmen von themenzentrierten Lebensstilanalysen jede dieser vier Lebensführungsdimensionen eine theoretische Relevanz entfalten. Sein Ziel besteht jedoch darin, eine allgemeine Typologie zu entwerfen, die für möglichst viele Einsatzgebiete geeignet ist. Insofern geht es Otte darum, solche Lebensführungsdimensionen für seinen Entwurf heranzuziehen, die die Strukturierung möglichst vieler individueller Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Merkmalen sozialer Ungleichheit ermöglichen (Otte, 2008). Seinen Untersuchungen zufolge, weisen dieses Potenzial vor allem die Dimension des Ausstattungsniveaus und die Dimension der Modernität bzw. der biografischen Perspektive auf, denen die beiden anderen Dimensionen der Alltagsästhetik und des Aktionsradius nachgeordnet sind oder sich aus diesen heraus konstruieren lassen. So kann nach Schulze (1992) die Dimension der Alltagsästhetik mithilfe von Alters-Bildungsgruppen abgebildet werden, die allerdings selbst eng mit der Ausstattung an kulturellem Kapital sowie einer altersabhängigen zeitlichen Strukturierung der Lebensführung im Zusammenhang stehen. Erst die Kombination dieser Komponenten ermöglicht die Konstruktion von Erlebnismilieus durch ihre Nähe und Distanz zu Hochkultur-, Spannungs- und Trivialschema. Der Aktionsradius der Lebensführung hängt neben dem Alter und der Lebensphase ebenfalls vom Ausstattungsniveau mit ökonomischem und kulturellem Kapital ab. So konnte Spellerberg (1993) zeigen, dass der Aktionsradius insbesondere bei Frauen durch die elterliche Lebensphase eingeschränkt wird. Otte (1997; 1998a; 1998b) kann außerdem anhand eigener Untersuchungen belegen, dass höhere Bildungs- und Einkommensressourcen häufig mit einem stärkeren politischen Interesse und einem außerhäuslichen Engagement in Vereinen einhergehen, während statusniedere Gruppen eher eine heimzentrierte Lebensführung bevorzugen.

Durch die Auswahl der Dimensionen von Ausstattungsniveau und der zeitlichen Dimension der Modernität bzw. biografischen Perspektive zur Bildung des sozialen Raumes unterstreicht Otte ebenfalls die Bedeutung der klassischen sozioökonomischen und soziodemografischen Variablen Berufstatus, Einkommen, Bildung und Alter für die Ausprägung der Lebensführung. Ottes Ansatz steht somit in der Tradition der Ansätze Bourdieus (1982), des Sinus-Instituts und dem Ansatz von Vester et al. (2001), die die Strukturabhängigkeit der Lebensführung betonen, sowie Schulzes (1992), für den im Wesentlichen Alter und Bildung ausschlaggebend für die Konstruktion seiner hypothetischen Erlebnismilieus sind. Otte nimmt im Unterschied zu Schulze die Konzeption seiner Typologie jedoch nicht auf der Ebene objektiver Strukturmerkmale vor, sondern auf der Basis von Merkmalen der subjektiven Verarbeitung der gesellschaftlichen Position, die aus der unterschiedlichen Kapitalausstattung resultiert.

### 6.3.2. Theoretische Begründung der Lebensführungsgenese

Otte möchte nicht nur eine rein metaanalytisch begründete Ableitung eines Lebensführungsmodells leisten. Für die empirische Überprüfbarkeit der Lebensführungsgenese legt er seinem Modell deshalb ein „Investitionsparadigma“ zugrunde, nachdem „die soziale Lage die Ausformung der Lebensführung kausal bedingt und zwar deshalb, weil mit einer Lage eine Konstellation von Ressourcen und Restriktionen verbunden ist, in deren Rahmen Akteure ihre Lebensführung ausgestalten.“ (Otte, 2008, S. 99). Die Akteure folgen bei dieser Ausgestaltung bewusst oder unbewusst einem Nutzenkalkül, das die Grundlage für Investitionsentscheidungen in eine bestimmte Form der Lebensführung bildet. Diese Investitionsentscheidungen von Menschen zielen auf den Ertrag von sozialer Anerkennung und Wertschätzung von Mitgliedern innerhalb des eigenen sozialen Netzwerks (Otte, 2005; 2008). Hinsichtlich dieses nutzenorientierten Aspekts der Gestaltung der Lebensführung sind im Ansatz von Otte deutliche Parallelen zum Ansatz von Schulze erkennbar, bei dem die Ausprägung eines alltagsästhetischen Geschmacks ebenfalls nutzenorientiert auf die Produktion von Genuss ausgerichtet ist (vgl. Kapitel 6.2). Handlungstheoretisch kann die Lebensführung durch ihre Kopplung an den Aspekt der sozialen Wertschätzung damit in ihrer motivationalen Komponente begründet werden. Die Begründung der kognitiven Komponente erfolgt bei Otte in Anlehnung an Weber (1972) und die Theorie der „sozialen Felder“ Bourdieus (1985) durch die Kopplung der Investitionslogik der Akteure an die Passung der Lebensführung innerhalb der jeweiligen sozialen Bezugsgruppen. In sozialen Interaktionen wird diese Passung durch den Abgleich und die Übernahme oder Ablehnung distinktiver Symbole und Verhaltensweisen hergestellt. Nach Otte (2008) muss dazu vor allem Zeit investiert werden, die mit dem Erwerb und der Akkumulation von ökonomischem Kapital oder der Aneignung von Wissensbeständen verbunden ist. Des Weiteren hängt die Wahl eines Lebensführungstypus von lagespezifischen Ressourcen und Restriktionen ab, die „auf alternative Art und Weise in die Ausgestaltung der Lebensführung investiert werden können.“ (Otte, 2008, S. 103). Während ökonomisches Kapital dabei stärker auf den Konsum materieller Güter abzielt, wie dem Kauf eines Luxusautos, den Ausgaben beim Restaurantbesuch, der Möbelausstattung oder der Wahl exklusiver Urlaubsziele, fungiert die Investition von kulturellem Kapital eher zum Konsum von Hochkultur bei der Mediennutzung, dem politischen Engagement oder dem Besuch von Kunstausstellungen, Konzerten oder anderen hochkulturellen Veranstaltungen (Otte, 2008). Der soziale Raum lässt sich demnach einerseits durch eine vertikale Achse des Kapitalvolumens aufspannen, entlang derer die Akteure entsprechend ihrer Ausstattung an ökonomischem Kapital sowie ihres Bildungskapitals hierarchisierbar sind. Entscheidend für die Einordnung zu einem jeweiligen Lebensführungstypus ist jedoch nicht die Kapitalausstattung selbst, sondern die Konsumgüterausstattungen und Kulturpraktiken, die aus der jeweiligen Ressourcenausstattung resultieren, sowie die damit korrespondierenden Wertorientierungen. Diese Wertorientierungen werden von Otte in Anlehnung an Bourdieu (1982) und Vester et al. (2001)

als „gehoben-anspruchsvoll“ für das gehobene Ausstattungsniveau, „respektabel-strebend“ für das mittlere und „kalkulierend-bescheiden“ für das niedrige Ausstattungsniveau bezeichnet (Otte, 2008, S. 76).

Horizontal wird der soziale Raum durch die alterskorrelierte Dimension der biografischen Perspektive mit den Ausprägungen einer Perspektive der Weltoffenheit in jungen Jahren, der biografischen Konsolidierung im mittleren Lebensalter und der biografischen Geschlossenheit im Alter gebildet. Die biografische Offenheit in jüngeren Lebensjahren äußert sich durch Innovationsfreude und ein erlebnisorientiertes Alltagsverhalten; die Phase der biografischen Konsolidierung im mittleren Alter ist durch Familienleben, berufliche Karriere und die Zunahme von Alltagsroutinen geprägt. Die biografische Schließung findet aufgrund von Lebenserfahrung und vergangenen Investitionen in älteren Lebensabschnitten statt. Ebenfalls eng mit dem Alter assoziiert ist ein kohortenspezifischer Modernitätsgrad der Lebensführung, der durch ähnliche Sozialisationsbedingungen in der Jugendphase erklärbar ist, wie beispielsweise bei Angehörigen der Nachkriegs- oder der 68er-Generation, und der die Lebensführung in Anlehnung an Vester et al. (1993) mittels traditionaler, teilmoderner und moderner Formen unterscheidbar macht.

Die Gemeinsamkeit beider Sichtweisen besteht darin, „dass Akteure früh in ihrem Lebenslauf damit beginnen, zeitraubende Investitionen in ihre Lebensführung vorzunehmen, und aufgrund der bindenden Wirkung dieser Investitionen eine biographische Schließung vollziehen, die nach außen hin als traditional erscheint.“ (Otte, 2005, S. 452). Aus der Kreuztabellierung des dreistufigen Ausstattungsniveaus mit der ebenfalls dreigeteilten Dimension der biografischen Perspektive bzw. Modernität ergibt sich eine Neun-Felder-Matrix, in die die entsprechenden Lebensführungstypen eingeordnet werden können. Die dabei entstehende hypothetische Lebensführungstypologie Ottes zeigt Abbildung 7.

<b>Gehoben</b> (3,0 – 4,0)	Konservativ Gehobene	Liberal Gehobene	Reflexive
<b>Mittel</b> (2,01 – 2,99)	Konventionalisten	Aufstiegsorientierte	Hedonisten
<b>Niedrig</b> (1,0 – 2,0)	Traditionelle Arbeiter	Heimzentrierte	Unterhaltungssuchende
<b>Ausstattungsniveau</b>  <b>Modernität / biogr. Perspektive</b>	<b>Traditional / biografische Schließung</b> (1,0 – 2,0)	<b>Teilmodern / biografische Konsolidierung</b> (2,01 – 2,99)	<b>Modern / biografische Offenheit</b> (3,0 – 4,0)

**Abbildung 7:** Hypothetische Lebensführungstypen und Gesamtscores additiver Indizes zur Typenabgrenzung nach Otte.  
Quelle: Otte, 2008, S. 78. Eigene Darstellung.

Die Entscheidung für eine Neun-Felder-Typologie resultiert dabei aus der Abwägung heraus, sowohl eine möglichst einfache und übersichtliche Typologie entwerfen zu wollen, als auch die unterschiedlichen Lebensführungstypen möglichst trennscharf abzubilden. Des Weiteren wird durch die Dreiteilung der Dimensionen auch die Erfassung von Mischtypen ermöglicht, also Typen mit mittlerem Ausstattungsniveau und/oder teilmoderner, biografisch konsolidierter Lebensführung.

### **6.3.3. Inhaltliche Beschreibung der hypothetischen Lebensführungstypen**

Für eine hypothetische inhaltliche Beschreibung der theoretisch entworfenen Typen greift Otte auf Befunde der Lebensstilforschung in Westdeutschland der 1980er und 1990er Jahre zurück, namentlich auf die Befunde des Sinus-Instituts und den Modifikationen von Vester et al. (1993; 2001), dem Ansatz Schulzes (1992) sowie eigener Studien (Otte, 1998b). Demnach handelt es sich bei den Typen des traditionellen, biografisch geschlossenen Segments um die bereits bei Vester, in Anlehnung an Bourdieu (1982), beschriebene herrschende Klasse des Milieus der „Konservativ Gehobenen“. Dies steht in der Tradition des Besitzbürgertums, das sich durch sein Distinktionsstreben nach Rang, Leistung und Führungsbereitschaft auszeichnet. Neben dem Konsum von Hochkultur und einer Exklusivität im Lebensstandard stehen familiäre und religiöse Werte im Zentrum der Lebensführung dieses Milieus. Die Mittel- und Arbeiterklassen in der Tradition des Kleinbürgertums und der Facharbeit werden von den „Konventionalisten“ und dem Milieu der „Traditionellen Arbeiter“ gebildet. Gemeinsam sind ihnen die Ablehnung von Neuem und Fremdem, wie beispielsweise Formen der Pop- und Jugendkultur oder einer genussorientierten Lebensführung. Des Weiteren teilen sie eine Präferenz für volkstümliches Kulturgut. Die Konventionalisten orientieren sich jedoch stärker als die traditionellen Arbeiter „nach oben“ durch eine Imitation einer hochkulturellen Ästhetik mit volkstümlichem Einschlag, beispielsweise durch „die selbstverpflichtende Inanspruchnahme eines Theaterabonnements“ (Otte, 2008, S. 79). Durch ihre Abstammung aus kleinbürgerlichen Verhältnissen im Sinne der von Vester et al. (1993, 2001) beschriebenen „Habitus-Traditionslinien“, ist unter den Angehörigen der Konventionalisten eine konservativ-religiöse Moralvorstellung und das Festhalten an den Sekundärtugenden Ordnung, Pflichterfüllung und Disziplin weiterhin stark ausgeprägt. Dagegen pflegen die traditionellen Arbeiter eher einen Habitus der am Praktischen und Notwendigen ausgerichteten Bescheidenheit. Oftmals sind auch eine gewerkschaftliche Orientierung und ein solidarischer Einsatz für soziale Sicherheit und Verteilungsgerechtigkeit unter Angehörigen dieses Milieus anzutreffen.

Innerhalb des teilmodernen, biografisch konsolidierten Segments befinden sich nach Otte (2005; 2008) die Milieus der „Liberal Gehobenen“, der „Aufstiegsorientierten“ und der „Heimzentrierten“. Im Unterschied zu den Milieus des biografisch geschlossenen, traditionellen Segments, sind die Angehörigen dieses mittleren Segments offener gegenüber modernen Elementen der Lebensführung wie

beispielsweise gegenüber neuer Mode und Technik sowie hinsichtlich ihrer liberalen Moralvorstellungen und Nähe zur Popkultur. Im Zentrum der Lebensführung stehen jedoch die berufliche Karriere und die Familie. Häufig wird der Aktionsradius dieser Milieus im Vergleich zu den Milieus des modernen, biografisch offenen Segments durch elterliche Pflichten eingeschränkt. Das Milieu der Liberal Gehobenen steht in der Tradition des Bildungsbürgertums und strebt berufliche Selbstverwirklichung an. Im Unterschied zu den Konservativ Gehobenen investieren Angehörige des liberal gehobenen Milieus stärker in kulturelles Kapital. Damit korrespondiert eine gesundheitsbewusste, emanzipierte Lebensführung sowie ein Interesse an Hochkultur mit alternativem Einschlag, wie z. B. einer Präferenz für Kleinkunst. Die Aufstiegsorientierten bilden innerhalb der Typologie Ottes als „doppelter Mischtyp“ die Mitte der Gesellschaft. Aus diesem Grund handelt es sich hier um ein intern vergleichsweise heterogenes und durchschnittliches Aggregat, dem viele Menschen angehören, „die mitten im Berufsleben stehen und eine solide Karriere anstreben, eine Familie haben, dem Mainstream der modernen Freizeitkultur folgen (Strandurlaub, Italiener um die Ecke), aber reserviert sind, wenn es um die Adaption der Accessoires der Hedonisten geht, etwa Piercings.“ (Otte, 2008, S. 80). Die Lebensführung der Heimzentrierten ist stark lebenszyklisch und schichtungsbedingt geprägt und um die Familie und häusliche Aktivitäten zentriert. Das Vorhandensein von Kindern bei gleichzeitiger geringer Ressourcenausstattung schränkt den Aktionsradius von Menschen dieses Milieus vergleichsweise stark ein. Von den in dieser Hinsicht ebenfalls eingeschränkten Milieus der Konventionallisten und Traditionellen Arbeiter des biografisch geschlossenen, traditionellen Segments unterscheiden sich die Heimzentrierten in ihrer Nähe zum Spannungsschema mit volkstümlichem Einschlag und einer weniger rigide ausgeprägten Ordnungs- und Pflichtethik.

Im modernen, biografisch offenen Segment werden von Otte (2005; 2008) die Milieus der „Reflexiven“, „Hedonisten“ und „Unterhaltungssuchenden“ platziert. In diesem Segment sind soziale Wandlungsprozesse am sichtbarsten. Nach Schulzes Untersuchungen für die 1980er Jahre sind diese Milieus durch ihre Nähe zum Hochkultur- bzw. Spannungsschema und ihrem Streben nach körperlicher Stimulation und Lebensgenuss charakterisiert (Schulze, 1992). Da es sich bei den Angehörigen dieser Milieus meist um jüngere Menschen handelt, sind diese in ihren Investitionsentscheidungen weniger festgelegt und infolgedessen in ihren Wertorientierungen und Geschmacksfragen vergleichsweise wandelbarer und experimentierfreudiger. Die Reflexiven entsprechen der gehobenen Fraktion des Selbstverwirklichungsmilieus bei Schulze (1992). Demnach ist das Streben nach eigenverantwortlicher Persönlichkeitsentfaltung kennzeichnend für die Lebensführung dieses Typus. Im Modell Vesters et al. (2001) werden die Reflexiven dem Alternativen Milieu der akademisch geprägten kulturellen Avantgarde zugeschrieben. Bei Sinus (2009) bilden sie das Milieu der modernen Performer. Charakteristisch ist die hohe Ausstattung mit symbolträchtigem kulturellem Kapital und einer damit einhergehenden ausgeprägten „Rezeptivität für die immerneuen Erzeugnisse der Kulturindust-

rie“ (Otte, 2008, S. 81). Im Vergleich zu den Reflexiven sind die Hedonisten „spontaner, konsumorientierter, extravertierter [und] modischer“ (Otte, 2008, S. 82). Laut Otte (2008) befindet sich in diesem Milieu das Zentrum gesellschaftlichen Stilprotests, der sich - besonders in den 1990er Jahren - vor allem im körperlichen Outfit (Tattoos, Piercings) und der Präferenz für neue Musikstile (Techno, House) zeigt. Im Zentrum der Lebensführung der Hedonisten steht eine gegenwartsbezogene Genuss- und Konsumorientierung verbunden mit einem außerhäuslichen Aktionsradius beispielsweise durch hohe Frequentierung der städtischen Kneipen- und Clubszene. Diese gegenwartsbezogene Konsumorientierung ist im Milieu der Unterhaltungssuchenden am stärksten ausgeprägt. Aufgrund meist prekärer sozialer Verhältnisse und einer damit verbundenen „Deklassierungsbedrohung“ (Otte, 2008, S. 82), versuchen Angehörige dieses Milieus Anschluss an die Standards der Aufstiegsorientierten und der Hedonisten zu halten. Dieses Anschlusshalten zeigt sich in der offensiven Zurschaustellung von Markenprodukten, die von Angehörigen höherer Milieus oft als „prollig“ (Otte, 2008, S. 82) abqualifiziert wird. In ihren Wertorientierungen entsprechen die Unterhaltungssuchenden weitgehend dem von fatalistischen Vorstellungen geprägten Habitus der unterprivilegierten Volksmilieus Vesters et al. (2001). Für persönlichen Erfolg oder sozialen Aufstieg wird eher auf das Glück oder die Gelegenheit vertraut, als auf die eigene Leistung. Entsprechend ist eine weitgehende Depolitisierung bei den Angehörigen dieses Milieus zu beobachten (Otte, 2008).

#### **6.3.4. Empirische Überprüfung des Ansatzes in drei Primärerhebungen**

In einem weiteren Schritt versucht Otte herauszufinden, inwieweit die theoretisch konstruierte und hypothetisch interpretierte Typologie die realen Verhältnisse der Lebensführung widerspiegelt. Zum Zweck der empirischen Validierung wurden im Zeitraum von 1999 - 2001 von Otte insgesamt drei regionale telefonische Erhebungen mit insgesamt etwa 2.800 deutschsprachigen Frauen und Männern ab 18 Jahren der Stadt Mannheim durchgeführt.<sup>15</sup> Die Indikatorenauswahl zur Abbildung des Ausstattungsniveaus und der Modernität bzw. biografischen Perspektive besteht dabei im Wesentlichen aus einer Kombination von Indikatoren des Sinus-Milieuindikators der Untersuchungen von Vester et al. (1993), dem Wohlfahrtssurvey 1993, den Erhebungen von Schulze (1992) und anderen Ansätzen der Lebensstil- und Milieuforschung.

Die Operationalisierung der Lebensführung nimmt Otte analog zur Mehrzahl der Ansätze der Lebensstilforschung anhand von Indikatoren des Bereiches Freizeit, Kultur und Konsum vor. Dazu gehören im Allgemeinen Indikatoren aus den Themenfeldern Freizeitverhalten, Urlaub, Kultur und Alltagsästhetik, Kleidungsstil, Konsumverhalten und Mediennutzung. Diese sind nach Otte deshalb ge-

---

<sup>15</sup> Im Einzelnen handelt es sich dabei um die Pilotstudie aus dem Jahr 1999 unter 1020 Befragten zum Thema „Lebensstile in Mannheim“, die Studie unter 764 Befragten zur „Lebensführung in sozialen Netzwerken“ im Jahr 2000 und eine Auftragsstudie der Stadt Mannheim unter 1028 Befragten zum „Image der Stadt Mannheim aus der Sicht ihrer Einwohner“ im Jahr 2001.

eignet, weil sie „mit den Hauptdimensionen der Lebensführung korrespondieren, die konzeptuellen Typen voneinander zu trennen vermögen und für alle Befragten beantwortbar sind“ (Otte, 2008, S. 133). Neben diesen methodisch-praktischen Gründen, sprechen aber auch theoretische Überlegungen für die Wahl von Indikatoren zum Freizeit- und Konsumverhalten. So konnten auch die Untersuchungen von Müller-Schneider (1996) zum Wandel distinktiver Wahrnehmungsmuster bei der Identifikation der Milieuzugehörigkeit zeigen, dass diese Muster tendenziell stärker an Freizeitaktivitäten und Alltagsästhetik orientiert sind als früher. Auch andere Autoren betonen, dass mit dem historischen Mehr an Zeit und Geld eine Zunahme von Freizeitaktivitäten und Selbststilisierungen verbunden ist (v. a. Schulze, 1992). Auf der Basis dieser Überlegungen favorisiert Otte verhaltensbasierte oder verhaltensnahe Indikatoren für die Operationalisierung: „Da Verhaltensäußerungen sichtbar sind, auf vollzogenen Entscheidungen beruhen, aus Investitionen von ökonomischem, kulturellem und zeitlichem Kapital resultieren und daher für die Befragten kognitiv relativ gut verfügbar sein sollten, kann man verhaltensbasierten Indikatoren [im Vergleich zu Werturteilen] eine höhere Validität und Reliabilität beimessen“. (Otte, 2005, S. 455).

### 6.3.5. Auswahl der Indikatorenbasis

Insgesamt 94 Items in teilweise modifizierter und neu entwickelter Form aus den Bereichen Selbsteinschätzung der Lebensführung, Freizeitaktivitäten, Einrichtungsnutzung in Mannheim, Musikgeschmack, Fernsehinteressen, Zeitungslektüre, Konsumverhalten, maximale Ausgaben im Restaurant und subjektiver Schichteinstufung fanden auf diese Weise Eingang in eine Pilotuntersuchung im Jahr 1999 (Otte, 2005, 2008). Mittels Item- und Hauptkomponentenanalysen sowie Zusammenhangsanalysen mit Strukturvariablen konnte die Itembasis zur Typenzuweisung von Otte in der Folge auf 37 Items einer Langversion bzw. zehn Items einer Kurzversion reduziert werden. Im Rahmen der Kurzversion „messen“ fünf Items das Ausstattungsniveau, während weitere fünf zur Abbildung der Dimension der Modernität bzw. biografischen Perspektive dienen (Abbildung 8).

Dimension des Ausstattungsniveaus	
Route des ökonomischen Kapitals	Route des kulturellen Kapitals
1. gehobener Lebensstandard 2. Ausgaben im Restaurant	3. Besuch von Kunstausstellungen 4. Bücher lesen 5. überregionale Tageszeitung
Dimension der Modernität / biografische Perspektive	
Modernität	Biografische Perspektive
1. Leben in vollen Zügen genießen 2. Leben nach religiösen Prinzipien 3. Tradition der Familie	4. Viel ausgehen 5. ständig etwas los im Leben

**Abbildung 8:** Indikatoren für die Konstruktion der Typologie nach Otte (Kurzversion). Quelle: Otte (2008, S. 168). Eigene Darstellung.



### **6.3.6. Verfahren zur Typenzuweisung**

Um die Probleme der induktiv-empiristischen Verfahrensweisen anderer Lebensstil- und Milieuansätze zu vermeiden, muss das Verfahren für die Zuweisung von Personen zu den jeweiligen Lebensführungstypen einfach replizierbar, intersubjektiv nachvollziehbar und möglichst ökonomisch sein. Aus diesem Grund wählt Otte (2005; 2008) ein dimensionales Verfahren, bei dem mehrere Indikatoren zu den Dimensionen des Ausstattungsniveaus und der Modernität bzw. biografischen Perspektive separat erhoben und für jede Dimension zu einem additiven Index zusammengefasst werden. Nach erfolgter Trichotomisierung der resultierenden Summenscores für jede der beiden dreigeteilten Dimensionen des sozialen Raums kann jeder Befragte auf diese Weise exakt einem Typus zugeordnet werden (vgl. Abbildung 7).

### **6.3.7. Empirische Validierung der Typologie**

Die Validierung des Ansatzes wird von Otte (2005; 2008) in mehreren Schritten vollzogen. Die zugrunde gelegten Kriterien lassen sich dabei den messtheoretischen Konzepten der Reliabilität und Validität zuordnen, wie sie für die klassische Testtheorie (Bortz & Döring, 2006) formuliert worden sind. Zunächst untersucht Otte die Faktorenstruktur der zehn Indikatoren für die Typenzuweisung mittels Hauptkomponentenanalyse darauf, ob das jeweilige Set an Indikatoren die entsprechende theoretisch formulierte Dimension konsistent misst. Danach wird der Frage nachgegangen, ob die Dimensionen zur Typenzuweisung in erwarteter Weise mit entsprechenden Proxyvariablen der drei theoretisch zentralen Ressourcenmerkmale Zeit (Alter), ökonomisches Kapital (Einkommen) und Bildungskapital (Bildungsstatus) korrelieren. In einem weiteren Schritt wird mittels einer multiplen Korrespondenzanalyse sowie einer Clusteranalyse versucht, die theoretisch konzipierte Typologie quantitativ und qualitativ zu reproduzieren. Die Datenbasis dafür besteht aus insgesamt 76 Lebensführungsmerkmalen und drei Lagemerkmale (Alter, Bildung, Einkommen), die im Rahmen der Pilotuntersuchung eingesetzt wurden. Abschließend erfolgt ein Test der zeitlichen Stabilität der Typenstruktur anhand von zwei Replikationsstudien. Die Untersuchung der Faktorenstruktur ergibt „eine den Erwartungen entsprechende Ladungsstruktur“ (Otte, 2005, S. 458), die die beschriebene Indexkonstruktion bestätigt. Die Überprüfung des Zusammenhangs der Dimensionen der Lebensführung mit den entsprechenden Lagemerkmale weist hohe bis mittlere Korrelationen (gemessen an Pearsons  $r$ ) in den erwarteten Zusammenhangsrichtungen aus. Die Reproduktion der theoretisch konzipierten Typologie mittels einer multiplen Korrespondenzanalyse zeigt außerdem, dass die Typologie sowohl quantitativ als auch qualitativ in ihren wesentlichen Merkmalen empirisch bestätigt werden kann. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt der Reproduktionsversuch mittels Clusteranalyse. In beiden Fällen liegen die Anteile identisch klassifizierter Typen deutlich über den Erwartungswerten (Otte, 2008).

Da in allen drei Erhebungen der Jahre 1999 - 2001 die Itembasis der Lang- und der Kurzversion Bestandteil der jeweiligen Erhebungsinstrumente war, ist Otte außerdem in der Lage, auf einer kumulierten Datenbasis zum einen die raum-zeitliche Stabilität der Abbildung des sozialen Raums zu überprüfen, sowie zum anderen den Ertrag zu testen, den die Kurzversion des Erhebungsinstruments zur Typenzuweisung und inhaltlichen Interpretation im Vergleich zur Langversion oder zu induktiv konstruierten Typen bietet. Hinsichtlich der zeitlichen Stabilität der Typen, die in zwei Folgeerhebungen getestet wurde, zeigt sich, dass bis auf wenige Abweichungen die Typen in ihrem quantitativen Umfang und in ihrer Besetzungsstärke ähnliche Ausprägungen aufweisen (Otte, 2008). Zwischen 1999 und 2000 zeigt sich lediglich bei den Hedonisten ein Zuwachs, der insbesondere auf eine gestiegene Ausgehhäufigkeit zurückgeführt werden kann. Darüber hinaus kann eine tendenzielle Abnahme der traditional, biografisch geschlossenen Lebensführungstypen beobachtet werden (Otte, 2008). Für den empirischen Vergleich der Lang- und der Kurzversion zeigt sich außerdem, dass sich die mittels der Kurzversion konstruierten Typen hinsichtlich ihrer Merkmalsprofile weniger stark voneinander unterscheiden als die Typen, die mittels der Langversion oder clusteranalytisch konstruiert wurden. Dies ist laut Otte (2008) auf die geringere Indikatorenzahl und die indexbasierte Typenkonstruktion zurückzuführen, die im Ergebnis weniger klar konturierte und weniger homogene Lebensführungstypen produziert.

Weitere Untersuchungen von Otte gehen der Frage nach, in welchen sozialen Lagen die Typen der Lebensführung verankert sind und im Rahmen welcher Ressourcen und Restriktionen diese sich konstituieren (Otte, 2008). Zu diesem Zweck werden verschiedene Lagemerkmale herangezogen wie Einkommen, Bildung, Lebensform, Erwerbs- und Berufsstruktur sowie Geschlecht und Nationalität, die im Rahmen von bivariaten und multivariaten Analysen auf ihren Einfluss für die Lebensführung untersucht werden. Dabei erweisen sich Alter, Bildung und Erwerbsstatus als die einflussstärksten Merkmale für die Ausprägung der Lebensführung. In der Folge wurde der Ansatz von Otte für Analysen innerhalb weiterer Forschungsfelder und Themenbereiche eingesetzt, wie für lebensführungsspezifische soziale Netzwerkanalysen, zur Erklärung der Wahl des Wohnorts für die Analyse residentieller Segregation und der Integration in städtische Szenen, der Erklärung von Urlaubszielwahlen und von politischen Parteipräferenzen (Otte, 2008). Die Datenbasis bildeten dabei die Erhebungen der Jahre 1999-2001. Nach Otte (2008) wurden auch diese Analysen zur weiteren Validitätsprüfung herangezogen. Ein Einsatz der Typologie Ottes zur Analyse gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen steht derzeit jedoch noch aus.

Tabelle 2 gibt einen Gesamtüberblick der untersuchten Lebensstil- und Milieuansätze nach Lagemerkmalen, einbezogenen Dimensionen und angewendeten Methoden.

**Tabelle 2:** Übersicht über Lagemerkmale, einbezogene Dimensionen und Methoden der untersuchten Lebensstil- und Milieuansätze. Quelle: Otte (2005; 2008) und eigene Recherchen.

	Lagemerkmale	Einbezogene Dimensionen	Methode
<b>Sinus-Milieu-typologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einkommen</li> <li>• Bildung</li> <li>• Alter</li> <li>• Erwerbstatus</li> <li>• Familienstand bzw. Geburtskohorte</li> <li>• Beruf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundorientierung: traditionell-materiell-hedonistisch-postmaterialistisch-postmodernistisch</li> <li>• Soziale Schichtung : Oben-Mitte-Unten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative Interviews</li> <li>• Verschiedene bundesweite standardisierte Befragungen in den 1980er und 1990er Jahren</li> <li>• Clusteranalyse</li> </ul>
<b>Milieuansatz von Schulze (1992)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bildung</li> <li>• Alter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nähe und Distanz zu drei alltagsästhetischen Schemata (Hochkultur-, Trivial-, Spannungsschema), anhand grundlegender Semantiken im Kontinuum von Komplexität-Einfachheit und Spontaneität-Ordnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Theoretische Milieukonstruktion auf Basis von Alters-Bildungsgruppen</li> <li>• Regionale standardisierte Befragung in 1985 im Raum Nürnberg</li> <li>• Korrespondenzanalyse</li> </ul>
<b>Lebensführungstypologie nach Otte (2008)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einkommen</li> <li>• Bildung</li> <li>• Alter</li> <li>• Lebensform</li> <li>• Erwerbsstatus</li> <li>• Klassenlage</li> <li>• Nationalität</li> <li>• Geschlecht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausstattungsniveau: ökonomisches und kulturelles Kapital</li> <li>• Modernität / biografische Perspektive: Traditional / biografische Schließung; Teilmodern / biografische Konsolidierung; Modern / biografische Offenheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Theoretische Milieukonstruktion basierend auf Metaanalysen bestehender Ansätze der Lebensstil- und Werteforschung der 1980er und 1990er Jahre</li> <li>• Empirische Validierung</li> <li>• Typenzuweisung mittels additiver dimensionaler Indizes</li> </ul>

## **7. Bewertung der untersuchten Lebensstil- und Milieuansätze**

Im Folgenden werden die aus den von Wippermann (2009) und Otte (2005; 2008) formulierten Anforderungen und Hauptkritikpunkten abgeleiteten Bewertungskriterien der vergleichenden Analyse der untersuchten Lebensstil- und Milieuansätzen zugrunde gelegt. Dabei sollen Aussagen zum Informationsgehalt der untersuchten Ansätze für die Identifikation von Zielgruppen getroffen werden, zum Realitätsgehalt und der Plausibilität dieser Informationen sowie zum Aufwand, der mit der Erhebung dieser Informationen verbunden ist. Des Weiteren wird überprüft, inwieweit sich die Ansätze im Rahmen von zeitlich gestaffelten Untersuchungen reproduzieren lassen bzw. welche Probleme mit der Reproduktion verbunden sind. Die Basis für die Bewertung bildet eine in Kapitel 3.1.1 beschriebene Literaturrecherche von Publikationen, aus denen die notwendigen Informationen direkt oder indirekt erschlossen werden konnten.

### **7.1 Bewertungsprofil des Ansatzes von Sinus Sociovision**

#### **7.1.1. Informationsgehalt und Erhebungsaufwand**

Sowohl die Untersuchungen von Nideröst (2007) als auch die milieuspezifischen Studien von Wippermann (2009) weisen eine hohe Plausibilität und Anschaulichkeit bei der Beantwortung gesundheitsbezogener Fragestellungen auf. Ohne Zweifel kann deshalb dem Ansatz des Sinus-Instituts ein hoher Informationsgehalt für die Aufklärung der Zusammenhänge von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und die Identifikation von Zielgruppen zugesprochen werden. Im Fall des Sinus-Milieuindikators, dessen Indikatoren eher auf der Ebene von Verhaltensweisen zugrunde liegenden Wertorientierungen, wie z. B. zu Pflicht- und Leistungsbereitschaft, Religiosität, sozialer Orientierung, Technikbegeisterung oder Hedonismus (Nideröst, 2007, S. 80f.) angesiedelt ist, ist die Ermittlung dieser Informationen, mit dem Einsatz von aktuell 29 Items verbunden. Die hier angeführten Beispiele von Nideröst (2007) und Wippermann (2009) basieren jedoch auf einer früheren Version des Sinus-Milieuindikators mit einer Anzahl von 44 Items.

#### **7.1.2. Reproduzierbarkeit**

Das Sinus-Institut bildet innerhalb der Literatur zu Strukturanalysen mit Lebensstilen und Milieus die einzige Ausnahme, in der Modifikationen von clusteranalytisch konstruierten Typologien kontinuierlich über den Zeitverlauf dargestellt werden (SINUS, 2009; Vester et al. 2001). Nach Otte (2005; 2008) liegt dies vor allem an Gründen, die mit der Anwendung von Clusteranalysen verbunden sind. Clusteranalysen sind statistische Verfahren in denen Individuen unter Verwendung eines mathemati-

schen Algorithmus über eine Vielzahl von Indikatoren auf ihre Ähnlichkeit untersucht und in Relation zu den Merkmalsausprägungen aller anderen Individuen in einer Stichprobe zu möglichst homogenen Typen zusammengefasst werden (Bortz & Schuster, 2010). Die exakte Reproduktion dieser Typen in anderen Stichproben und zu anderen Zeitpunkten hängt dabei sowohl von der Stichprobensammensetzung ab, als auch von der Entscheidung, welche Indikatoren eingesetzt werden und mit welchem Gewicht diese Indikatoren in die Analyse einfließen. Des Weiteren hängt sie von der Wahl eines Ähnlichkeitsmaßes und eines Algorithmus ab, mit dem die Analyse durchgeführt wird sowie von der Festlegung der Anzahl von Typen, die aus der Analyse resultieren sollen. Die Stichprobensammensetzung unterliegt dabei nur zum Teil der Kontrolle des Forschenden, während die mit der Anwendung des Verfahrens verbundenen Entscheidungen größtenteils seiner Willkür unterliegen. Trendvergleiche über unterschiedliche Zeiträume hinweg oder Vergleiche unterschiedlicher Populationen sind damit auf der Basis von Clusteranalysen äußerst schwierig. Dennoch scheint dem Sinus-Institut eine solche Reproduktion zu gelingen. Jedoch weiß außer den Instituts-Mitarbeitern niemand genau, wie diese Reproduktion gelingt, da der Clusteralgorithmus Betriebsgeheimnis von Sinus Sociovision ist (Otte, 2005). Bekannt ist, dass für die Reproduktion eine „speziell adaptierte Prokrustes-Clusteranalyse“ (Flaig et al., 1993, S. 70) eingesetzt wird, mittels derer die Zuweisung von Individuen zu den entsprechenden Milieus durch den „Vergleich mit über die Zeit konstanten und jeweils für die einzelnen Milieus charakteristischen Profilen“ (Hartmann, 1999, S. 73) gewährleistet wird. Dabei handelt es sich vermutlich um idealtypische Merkmalsprofile, die mithilfe der vorher durchgeführten qualitativen Befragung gewonnen wurden (Otte, 2005).

### **7.1.3. Realitätsgehalt**

Durch die Verbindung qualitativer und quantitativer Methoden läge damit ein Kriterium vor, das die Willkür bei der Anwendung clusteranalytischer Konstruktionsverfahren einschränkt und den Typologien einen größeren Realitätsgehalt verleiht (Otte, 2005). Der Ansatz des Sinus-Instituts entzieht sich aufgrund kommerzieller Gründe jedoch einer intersubjektiven Überprüfbarkeit, so dass sich nicht wissenschaftlich beurteilen lässt, ob sich die Veränderungen in der Milieustruktur auf reale soziale Wandlungsprozesse zurückführen lassen oder Unterschieden in der Anwendung des Verfahrens bzw. Anpassungen der Itemgrundlage des Sinus-Milieuindikators geschuldet sind. Inwiefern diese Informationen reale Verhältnisse abbilden, kann insofern nicht nachvollzogen werden. Da somit eine Bewertung dieser Faktoren nicht vorgenommen werden kann, kann auch keine Empfehlung für den Einsatz dieser Ansätze innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Forschung gegeben werden.

## **7.2 Bewertungsprofil des Ansatzes von Schulze**

### **7.2.1. Informationsgehalt und Erhebungsaufwand**

Durch die Fokussierung auf distinktive Verhaltensweisen und Symbole, die Menschen quasi auf den Leib geschrieben sind, bietet der Ansatz von Schulze eine hohe Plausibilität. Wie die Studie zum Ernährungsverhalten Jugendlicher von Gerhards und Rössel (2003) zeigt, kann der Ansatz von Schulze außerdem wichtige Informationen zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen liefern, die mit der Alltagsästhetik und der Freizeitgestaltung von Menschen in Zusammenhang stehen. Damit verbunden können auch Informationen ermittelt werden, wie primärpräventiven Botschaften sprachlich und stilistisch gestaltet sein sollten, an welchen Orten diese platziert und mittels welcher Medien solche Botschaften verbreitet werden können. Der hohe Informationsgehalt ist jedoch auch mit einem hohen Erhebungsaufwand von insgesamt etwa hundert Items bei Wenzel (1999) und 132 Items im konzeptionell vergleichbaren Wohlfahrtssurvey 1993 verbunden. Der Untersuchung Schulzes aus dem Jahr 1985 lagen insgesamt 180 Items sowie umfangreiche qualitative Interviews zugrunde, die zur Abbildung alltagsästhetischer Stile, kultureller Präferenzen, wie dem Musik- und Literaturgeschmack, der Zeitungs- und TV-Präferenz, der Nutzung der kulturellen Infrastruktur, aber auch grundlegenden Wertorientierungen, Meinungen und Überzeugungen sowie der Bewertung von persönlichen Affinitäten bzw. Aversionen gegenüber Vertretern typischer gesellschaftlicher Klischees herangezogen wurden.

### **7.2.2. Reproduzierbarkeit**

Die Ermittlung der alltagsästhetischen Schemata erfolgt bei Schulze auf der Basis von Korrespondenzanalysen durch die Kombination nach Nähe und Distanz der entsprechenden Merkmale in Relation zur Merkmalsverteilung aller anderen Fälle in der jeweiligen Stichprobe. Damit ist diese Vorgehensweise durch ihre Abhängigkeit von der Stichprobenszusammensetzung und der Anzahl in die Analyse einbezogener Items ebenso anfällig für Reliabilitätsprobleme, wie Konstruktionen auf der Basis von Clusteranalysen. Korrespondenzanalysen gehören zu den dimensionsreduzierenden Verfahren, wie z. B. Faktoren- oder Hauptkomponentenanalysen. Im Gegensatz zu Clusteranalysen handelt es sich bei Korrespondenzanalysen damit nicht um Verfahren zur Typenbildung, sondern um eine „grafische Darstellung der Residuen einer Kreuztabelle unter der Annahme, dass Zeilen und Spalten unabhängig voneinander sind“ (Schnell, 1994, S. 187). In der Lebensstilforschung werden dazu a priori vorgegebenen Gruppen (z. B. Berufsgruppen bei Bourdieu, Alters-Bildungsgruppen bei Schulze) Lebensstilmerkmale in einem mehrdimensionalen Raum nach relativer Nähe und Distanz zugeordnet (Otte, 2008). Dabei stehen sich die definierten Gruppen in den Lebensstilmerkmalen entlang mehrerer Achsen gegenüber. Bei Schulze werden diese Achsen durch zwei Dimensionen grundlegender

Semantiken mit den Polen Komplexität - Einfachheit und Spontaneität - Ordnung gebildet. Operational fungieren dabei soziostrukturell definierte Gruppen als Träger von Lebensstilmerkmalen. Otte (2008) wendet ein, dass durch dieses Verfahren eigentlich keine Lebensstiltypen konstruiert werden, da die Konstruktion nicht auf der Ebene der subjektiven Wahrnehmung und Verarbeitung der sozialen Lage stattfindet, sondern auf der Ebene objektiver Strukturmerkmale. Aus diesem Grund kann der Ansatz von Schulze streng genommen „nicht als ‚Lebensstiltypologie‘ betrachtet werden“, da „der ‚Handlungsmotor‘ auf der Ebene der sozialen Lage [und] nicht auf der des Lebensstils lokalisiert [ist].“ (Otte, 2008, S. 48, Hervorhebungen i. O.). Die so gebildeten Lebensstile können deshalb auch nicht als unabhängige Variablen in Erklärungsmodelle gesundheitlicher Ungleichheit eingesetzt werden, sondern haben eher eine deskriptive Funktion.

Den Überlegungen von Gerhard Schulze zur „Erlebnisgesellschaft“ liegt eine „[...] Einteilung in fünf Untergruppen zugrunde, die an einem hypothetischen Milieumodell orientiert ist“ (Schulze, 1992, S. 278). Anders als bei clusteranalytisch konstruierten Milieus sind die a priori konzipierten Typen bei dieser Vorgehensweise klar abgegrenzt (vgl. Abbildung 5). Mit den entsprechenden Informationen über Alter, Bildungsgrad, Freizeitverhalten und kultureller Präferenz lassen sich die entsprechenden Alters-Bildungsgruppen in ein Fünf-Felder-Schema einordnen. Die theoretisch konzipierten Milieus auf der Basis von Alters-Bildungsgruppen lassen sich für Folgebefragungen leicht reproduzieren. Dies geschah bereits mehrfach (z. B. Müller-Schneider, 1994; 2000). Offen lässt Schulze aber, wie er von der Ermittlung seiner alltagsästhetischen Schemata auf die Konstruktion seiner fünf Erlebnismilieus kommt. Zwar legt Schulze der statistischen Auswertung durch die Anwendung einer Korrespondenzanalyse eine explorative Analysestrategie zugrunde, jedoch werden wichtige lebensweltliche Dimensionen, die im Rahmen einer qualitativen Vorgehensweise hätten identifiziert werden können, von Schulze nicht berücksichtigt (Eckert & Jacob, 1994). Auch wurde die explorative statistische Auswertung nicht vollständig dokumentiert.

Datengestützte Reproduktionsversuche des Ansatzes von Schulze mittels Clusteranalysen durch Otte (1997) auf der Datenbasis des Wohlfahrtssurvey 1993 sowie Hartmann (1999) und Wenzel (1999), kommen jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen. Beispielsweise zeigt der Reproduktionsversuch Wenzels (1999), dass die resultierenden Cluster bei einer Vorgabe von fünf Erlebnismilieus zu wenig Homogenität aufweisen. Wenzel schlägt deshalb die Erweiterung des Milieumodells von Schulze um ein weiteres Milieu vor. Unklar bleibt jedoch auch bei Wenzel, ob dieser Befund gegen die Differenziertheit des Milieumodells von Schulze spricht oder der Anwendung der Clusteranalyse bzw. der für den Versuch zugrunde liegenden nicht bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe geschuldet ist (Wenzel, 1999, S. 22f.).

### 7.2.3. Realitätsgehalt

Durch „eine Kombination von evidenten und signifikanten Zeichen“ (Schulze, 1992, S. 278), die in sozialen Interaktionen als Distinktionsmerkmale leicht erkennbar sind, verfolgt Schulze die Absicht, ein möglichst einfaches Modell sozialer Erlebnismilieus zu konzipieren. Dabei werden die Milieugrenzen nicht von Freizeitverhaltensweisen und kulturellen Präferenzen gebildet, sondern vor allem durch die Strukturmerkmale Alter und Bildung. Die Grenzen dieser Alters-Bildungsgruppen werden dabei relativ willkürlich gesetzt (Wenzel, 1999). Bei der Bildung orientiert sich Schulze offensichtlich am in Deutschland vorherrschenden dreigliedrigen Schulsystem. Beim Alter markiert die 40-Jahres-Grenze nach Schulze die Lebensmitte von Menschen, die für die Milieuzugehörigkeit einen entscheidenden Wendepunkt darstellt. Demnach wechseln Menschen mit hoher Bildung mit der Vollendung des 40. Lebensjahres vom Selbstverwirklichungs- ins Niveaumilieu. Schulze unterstellt dabei einen am Lebenszyklus von Menschen orientierten Alterseffekt bei der Ausprägung seiner alltagsästhetischen Stile. Wie und wodurch dieser Wendepunkt durch biografische Ereignisse oder altersspezifische Lebenslagen auf das Verhalten oder die alltagsästhetischen Vorlieben von Menschen Einfluss nimmt, lässt Schulze jedoch offen (Otte, 2008). Denkbar wäre stattdessen auch, die Milieus anhand von Altersgrenzen zu bestimmen, die sich an real existierenden Lebenslagen orientieren, wie der Ausbildungsphase, dem Eintritt ins Berufsleben, der elterlichen und nachelterlichen Phase oder dem Renteneintrittsalter. Ein empirischer Nachweis, dass diese Phasen keine Auswirkung auf die Wahl eines milieutypischen Erlebnisstils haben, findet durch Schulze ebenfalls nicht statt. Überhaupt ist dessen Konzeption von Erlebnismilieus nicht auf empirische Überprüfbarkeit angelegt, sondern Schulze setzt die Abbildung realer Verhältnisse durch sein Milieumodell bereits voraus (Wenzel, 1999). Eine Studie von Hartmann (1999) gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Alltagsästhetik des Trivial- und des Spannungsschemas eher kohortenspezifisch strukturiert ist. Wenn dies so ist, müsste die Altersgrenze für die Abgrenzung neuer und alter Milieus kontinuierlich nach oben angepasst werden (Otte, 2008).

Inwiefern diese Informationen die soziale Realität widerspiegeln, lässt sich zunächst an den Befunden der bereits zitierten Studie von Müller-Schneider (1996) zum „Wandel der Milieulandschaft in Deutschland“ ableiten. Auf die Ergebnisse dieser Studie zum Wandel distinktiver Wahrnehmungsmuster bei der Identifikation der Milieuzugehörigkeit in sozialen Interaktionen ist bereits in Kapitel 5.1 hingewiesen worden. Ein weiterer Befund der Sekundäranalysen, die auch einen Vergleich der Erhebung von Schulze aus dem Jahr 1985 und der konzeptionell vergleichbaren Erhebung im Rahmen des Wohlfahrtssurvey 1993 (Spellerberg, 1993) beinhalten, gibt Hinweise darauf, dass sowohl die Konsistenz der alltagsästhetischen Schemata als auch die a priori vorgenommene Festlegung der Milieustruktur im Zeitverlauf stabil geblieben sind. Als Distinktionsmerkmale haben sich diese nach den Analysen von Müller-Schneider weder hinsichtlich ihres Inhalts noch ihrer Konsistenz im Zeit-



raum von 1953 bis 1993 verändert (Müller-Schneider, 1996). Dies gilt auch für die Mehrdimensionalität der alltagsästhetischen Schemata, die nach wie vor keine klaren Zusammenhänge und Polaritäten aufweisen (Müller-Schneider, 1996, S. 200ff.). Die Stabilität der alltagsästhetischen Schemata kann somit als Beleg für den Realitätsgehalt des Ansatzes von Schulze interpretiert werden. Im Rahmen der Untersuchung von Wenzel (1999) wurden außerdem die von Schulze eingesetzten Skalen zur Messung der alltagsästhetischen Schemata einer Validitätsprüfung unterzogen. Die Ergebnisse dieser Prüfung zeigen, dass die Skalen „ausreichend reliabel und sowohl inhaltlich als auch bezogen auf externe Kriterien valide [sind]“ (Wenzel, 1999, S. 22). Die Güte eines Instruments ist jedoch noch kein Beleg für die Gültigkeit der mit ihm produzierten Ergebnisse, sondern lediglich eine notwendige Voraussetzung (Bortz & Döring, 2006).

Gleichzeitig deuten die Befunde von Wenzel (1999) darauf hin, dass neben den drei alltagsästhetischen Schemata Schulzes noch mindestens ein weiteres Schema existiert, an dem sich die Angehörigen eines sechsten Milieus orientieren. Auf der Basis dieser mehrdeutigen und teilweise gegensätzlichen Befunde zur Reproduzierbarkeit und zum Realitätsgehalt des Ansatzes von Schulze kann deshalb keine eindeutige Bewertung dieser Kriterien vorgenommen werden. Für das hier angestrebte Vorhaben lassen sich diese Befunde aber insofern interpretieren, als dass der Ansatz von Schulze zwar für Momentaufnahmen lebensführungsspezifischer Verhältnisse im Rahmen von Querschnittsanalysen geeignet zu sein scheint, Längsschnittanalysen von biografischen und historischen Veränderungen der Lebensführung aber eher schwierig ausfallen dürften.

### **7.3 Bewertungsprofil des Ansatzes von Otte**

#### **7.3.1 Informationsgehalt und Erhebungsaufwand**

Das von Otte vorgelegte Konzept bietet eine Vielfalt von Informationen zu bereichsübergreifenden Prinzipien der Lebensführung, Freizeitaktivitäten, kulturellen Präferenzen und Konsummustern, die für die Analyse lebensführungsspezifischer gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen herangezogen und für die Identifikation von Zielgruppen und zielgruppenorientierten Zugängen von Akteuren in Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden können. Die individuelle Fallzuweisung zu den Lebensführungstypen basiert dabei auf zehn Items in der Kurzversion und 37 Items in der Langversion. Für die inhaltliche Beschreibung der Typen muss allerdings auf eine Primärerhebung Ottes rekuriert werden, die insgesamt 94 Items enthielt (Otte, 1999). Bisher wurde der Ansatz Ottes jedoch nicht im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung eingesetzt, so dass eine Aussage zum Potenzial des Ansatzes für gesundheitsbezogene Fragestellungen nicht getroffen werden kann.

### **7.3.2. Reproduzierbarkeit**

Das Verfahren zur Typenzuweisung, das in der Kurzversion auf der Bildung eines additiven Summenscores von jeweils fünf dimensional Items zum Ausstattungsniveau und zur Modernität bzw. biografischen Perspektive basiert, ist exakt replizierbar und somit hinsichtlich seiner Reproduzierbarkeit unproblematisch. Die Reliabilität des Verfahrens ist somit gewährleistet.

### **7.3.3. Realitätsgehalt**

Der lebensweltliche Realitätsbezug der a priori konzipierten Typologie Ottes wird durch die inhaltliche Synthese zahlreicher Befunde der Lebensstilforschung hergestellt, namentlich der Ansätze von Sinus Sociovision, Vester et al. (2001) und Schulze (1992). Im Rahmen umfangreicher Reliabilitäts- und Validitätstests kann Otte zeigen, „dass die Typologie in der Lage ist, zentrale Lebensführungsmuster, die aus der Lebensstilforschung bekannt sind, valide und relativ zeitstabil abzubilden und zwar - im Unterschied zu gängigen Vorgehen - sparsam, replizierbar und theoretisch begründet“ (Otte, 2005, S. 464). Allerdings sind mit der Verwendung eines solchen Verfahrens auch einige Entscheidungen verbunden, die bei einem Einsatz des Konzepts im Rahmen von Sozialstrukturanalysen getroffen werden müssen. Zum Beispiel unterliegt die Festlegung der Typengrenzen weiterhin der Willkür des Forschenden. Die Abgrenzung der Typen in jeweils drei vertikale und horizontale Segmente erfordert die Entscheidung, bei welchem Wert die entsprechenden Summenscores zu trichotomisieren sind (vgl. Abbildung 7). Otte schlägt vor, die Festlegung der Schnittpunkte „an den vierstufigen Antwortskalen mit ihren verbalen Ankern und am Ziel der Abgrenzung (annähernd) gleich großer Skalenintervalle [zu] orientieren“ (Otte, 2008, S. 137). Somit wird das Vorgehen zwar begründet, letztlich wären jedoch auch andere Möglichkeiten denkbar, die Typenabgrenzung vorzunehmen.

Zum anderen erfolgt die Typenabgrenzung mittels trichotomisierter additiver Indizes anders als bei clusteranalytischen Verfahren nicht durch eine Zusammenfassung von Personen mit ähnlichen Merkmalsprofilen, sondern durch die Zusammenfassung von Personen mit ähnlich erreichten Gesamtscores. Infolgedessen können Befragte mit recht heterogenen Ausprägungen der Lebensführung einen ähnlichen Gesamtscore aufweisen, der im Ergebnis zur Zusammensetzung ebenso heterogener Typen führt. Dies betrifft vor allem den Typus der Aufstiegsorientierten, die die Mitte der Typologie Ottes bilden. Entsprechend ähneln sich die Personen in ihren Merkmalsausprägungen, je weiter man sich den Rändern des sozialen Raums der Lebensführung nähert. Bei einer Anwendung des von Otte vorgeschlagenen Verfahrens zur Typenbildung muss somit der Umstand in Kauf genommen werden, dass sich ein Teil der Stichprobe nur schwer hinsichtlich seiner Lebensführung im Rahmen von Zielgruppenanalysen profilieren lässt. Alternativ wird deshalb von Otte (2008) erwogen, die Typenbildung statt einer dimensional Konstruktion mittels Items zu bilden, die die Spezifik der Lebensführung eines jeden Typus charakterisieren. Aufgrund des mit dieser Vorgehensweise verbundenen

höheren Erhebungsaufwands - bei einer Neun-Felder-Typologie, die beispielsweise mit jeweils fünf Items erhoben werden, resultierten dabei 45 Items, die jedem Befragten vorgelegt werden müssten - wird diese Alternative von Otte jedoch verworfen. Neben ökonomischen Aspekten sprechen für Otte (2008) aber auch andere Gründe für die Verwendung eines Verfahrens, das an den Dimensionen der Lebensführung ausgerichtet ist. Zum einen dürften laut Otte (2008) Dimensionen raum-zeitlich weniger variabel sein als Typen, was im Ergebnis Vorteile für die Abbildung von sozialstrukturellen Veränderungen der Lebensführung im Zeitverlauf mit sich bringt. Zum anderen können Dimensionsindizes bei Datenanalysen als intervallskalierte Variablen eingesetzt werden, „so dass die Erklärungskraft der Einzeldimensionen der Typologie untersucht oder variablenorientierte Analysen durchgeführt werden können“ (Otte, 2008, S. 138).

Aus der Verwendung von nur zehn Items zur Konstruktion der Typologie resultieren weitere Einschränkungen, die bei einer Verwendung des Verfahrens im Rahmen von Sozialstrukturanalysen in Kauf genommen werden müssen. Auf die Bildung weniger klar konturierter und homogener Typen, die sich hinsichtlich ihrer Merkmalsprofile weniger stark voneinander unterscheiden als die Typen, die von Otte mittels der Langversion oder clusteranalytisch konstruiert wurden, ist bereits hingewiesen worden. Vergleiche mit der Langversion zeigten somit eine geringe, aber erkennbare Validitätsminderung der Kurzversion. Otte (2008) schlägt deshalb vor, zukünftig zu überprüfen, inwieweit sich die inhaltssvalide Klassifizierung mit der Anzahl der für die Klassifizierung einbezogenen Items steigern lässt. Die Steigerung der Anzahl klassifikationsrelevanter Items steht jedoch mit dem Erhebungsaufwand in einem Zielkonflikt. Insofern beruht der Versuch Ottes, die Itemanzahl für die Typenklassifikation so weit wie möglich zu reduzieren, auf pragmatischen Erwägungen, die mit dem möglichst ökonomischen Einsatz in Bevölkerungsumfragen verbunden sind.

Aus diesem Vorgehen resultiert auch die Notwendigkeit, sowohl die Dimensionierung als auch die Indikatorengrundlage im Rahmen regelmäßiger Erhebungen zu überprüfen und hinsichtlich möglicher biografischer und historischer Veränderungen in ihrem Symbolwert und der Verteilung von Lebensführungsmerkmalen zu aktualisieren. Überhaupt dient die Erfassung der zehn Lebensführungsmerkmale in erster Linie der Zuweisung von Personen zu Lebensführungstypen, deren inhaltliche Beschreibung zunächst auf der Basis der Primärerhebungen Ottes (1999; 2000, 2001) abgeleitet werden muss. Dies setzt voraus, dass die Stichproben, die dieser Referenz zugrunde liegen, repräsentativ für die zu analysierenden Bevölkerungsgruppen sind. Stichprobenanalysen von Otte (2008) zeigen jedoch, dass - wie bei telefonischen Umfragen im allgemeinen - die Stichproben der von ihm durchgeführten Primärerhebungen hinsichtlich ihrer Unterrepräsentation von in Deutschland lebenden Ausländern, Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und in Singlehaushalten Verzerrungen aufweisen. Schwach unterrepräsentiert sind zudem Männer und Personen im Alter von über 65 Jah-

ren. Laut Otte „kann [man] demnach nicht von einer ‚Repräsentativität‘ der realisierten Stichproben sprechen“ (Otte, 2008, S. 148, Hervorhebung i. O.).

Infolgedessen wird der „wahre Wert“ der Lebensführung im Segment des niedrigen Ausstattungsniveaus sowie im biografisch geschlossenen, traditionellen Segment vermutlich unterschätzt. Eine Unterschätzung der Besetzungstärke im traditionellen Segment resultiert auch aus der regionalen Zusammensetzung der Stichproben, die ausschließlich aus Personen in Haushalten der Stadt Mannheim rekrutiert wurden. So zeigten die Untersuchungen Ottes (2008) zur zeitlichen Stabilität der Typen im Zeitraum von 1999 - 2001 eine tendenzielle Abnahme der Besetzungstärke der Lebensführungstypen im biografisch geschlossenen, traditionellen Segment sowie eine Zunahme der Hedonisten im biografisch offenen, modernen Segment. Laut Otte (2008) kann dies neben methodischen Gründen auf die Begrenzung der Studie auf die Bevölkerung einer Großstadt zurückgeführt werden, während in ländlichen oder kleinstädtischen Regionen eine größere Bedeutung von Familientraditionen und Religiosität für die Einstufung in das traditionale Segment zu erwarten sein dürfte. Zudem stehen dort weniger Möglichkeiten für außerhäusliche Aktivitäten zur Verfügung als in städtischen Räumen, was sich vermindern auf die Ausgehhäufigkeit und damit verbunden die Besetzungstärke der Hedonisten im modernen Segment auswirken könnte. Von diesen Einschränkungen abgesehen, die sich im Rahmen von Analysen auf der Basis bevölkerungsrepräsentativer Stichproben zumindest teilweise ausräumen lassen sollten, bietet der Ansatz Ottes eine theoretisch fundierte, einfach nachvollziehbare, informative und gleichzeitig ökonomische Alternative zu den induktiv-empiristischen Varianten zur Konstruktion von Lebensstil- und Milieutypologien, die im Rahmen dieser Arbeit untersucht wurden.

## 8. Schlussfolgerungen und Diskussion

### 8.1 Fazit der Bewertung

Welche Schlussfolgerungen können aus der Analyse für die Beantwortung der in Kapitel 2.4 formulierten Fragestellungen gezogen werden?

#### 1. *Sind mithilfe der bestehenden Ansätze gesundheitswissenschaftlich relevante Aussagen auf Bevölkerungsebene möglich?*

Mit den Beispielen der Studien von Nideröst (2007), Wippermann (2009) und Gerhards und Rösse (2003) konnte gezeigt werden, dass Lebensstil- und Milieuansätze in mehrfacher Hinsicht sowohl für die Prognose als auch für die Prävention wichtige Informationen liefern können. Ergänzend zu Strukturanalysen mittels objektiver Ungleichheitsdimensionen bietet der Einsatz von Lebensstilanalysen innerhalb der sozialepidemiologischen Forschung nicht nur die Möglichkeit, Informationen über motivationale und kognitive Faktoren der Lebensführung zu liefern, in die gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen eingebettet sind, sondern auch an welchen Orten und mit welchen Mitteln primärpräventive Strategien ansetzen können. Dabei legen die hier vorgestellten Beispiele unterschiedliches Gewicht auf die Beschreibung von Wertorientierungen, wie Studien auf Basis des Sinus-Ansatzes, oder die Beschreibung expressiver Verhaltensweisen, wie die Studien, denen der Ansatz von Schulze zugrunde liegt. Jeder der vorgestellten Ansätze kann dabei eine theoretische Relevanz für die Beantwortung gesundheitsbezogener Fragestellungen und untersuchten Bevölkerungsgruppen entfalten.

Der Ansatz von Otte (2005; 2008) wurde bisher nicht für die Beantwortung gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen eingesetzt. Durch die Kombination von Dimensionen zur Analyse sozialer Ungleichheit der Ansätze von Sinus Sociovision und Schulze (1992) und der darauf beruhenden Mischung der Indikatorenauswahl mittels konkreter Fragen zu Freizeitverhalten, Konsummustern, kulturellen Präferenzen sowie verhaltensnah formulierten Fragen zu bereichsübergreifenden Grundprinzipien der Lebensführung, wie Religiosität, Familienorientierung oder Hedonismus, stellt dieser eine viel versprechende Synthese der beiden Referenzmodelle und anderer Ansätze der Lebensstil- und Milieuforschung dar. Darüber hinaus liefert Otte (2008) im Gegensatz zu den Ansätzen von Sinus Sociovision und Schulze auch eine handlungstheoretische Fundierung seines Ansatzes, durch die erklärt werden kann, auf welche Weise Akteure Entscheidungen über die Ausgestaltung ihrer Lebensführung treffen. Damit im Zusammenhang steht auch die Frage, ob Verhalten auf der Basis von Einstellungen vorhergesagt werden kann.<sup>16</sup> Zur Beantwortung müssen Einstellungen und Verhaltenswei-

---

<sup>16</sup> Zu dieser Frage kann exemplarisch auf den Beitrag von Ajzen & Fishbein (1980) verwiesen werden.

sen ins Verhältnis gesetzt werden. Dieses Verhältnis wird im Ansatz von Otte durch ein „Investitionsparadigma“ hergestellt, durch das die Genese und die Modifikation von Lebensstilen von Akteuren erklärt und auf der Basis von Nutzenerwägungen für die Produktion von Anerkennung und Wertschätzung in sozialen Netzwerken analysiert werden kann. Die bloße Beschreibung von Zusammenhängen von Verhaltensweisen und globalen Grundorientierungen, wie in den Ansätzen von Schulze und Sinus Sociovision, reicht für die Prognostik nicht aus.

2. *Sind die Ergebnisse für sozialstrukturelle Trendanalysen reproduzierbar und damit über den Zeitverlauf vergleichbar?*

Die im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Referenzmodelle der Lebensstil- und Milieuforschung von Sinus Sociovision, Gerhard Schulze (1992) und Gunnar Otte (2008) stellen Alternativen in mehrerer Hinsicht dar. Zum einen unterscheiden sie sich hinsichtlich der Rolle, die der sozialen Lage bei der Ausprägung der Lebensführung zugeschrieben wird. Weitere Unterschiede zwischen den Ansätzen von Sinus Sociovision und Gerhard Schulze existieren hinsichtlich der für die Typenkonstruktion verwendeten Verfahren. Die Sinus-Milieutypologie basiert dabei auf einem clusteranalytischen Verfahren, der Ansatz Schulzes repräsentiert Ansätze, bei denen die Typenkonstruktion mittels Korrespondenzanalysen durchgeführt wird. In beiden Verfahren erfolgt die Typenzuordnung in Relation zu den Merkmalen aller anderen Fälle in einer Stichprobe. Die resultierenden Typologien entstehen somit datengestützt und sind meist nur schwer auf der Basis anderer Stichprobensammlungen oder einer veränderten Itembasis reproduzierbar (Otte, 2008). Im Fall des Sinus-Ansatzes, der innerhalb der Literatur zu Strukturanalysen mit Lebensstilen und Milieus die einzige Ausnahme bildet, in der Modifikationen kontinuierlich über den Zeitverlauf dargestellt werden (SINUS, 2009; Vester et al. 2001), wird das Verfahren aus kommerziellen Gründen nicht offen gelegt. Versuche, den Ansatz von Schulze mittels Clusteranalysen zu replizieren (Otte, 1997; Hartmann, 1999; Wenzel, 1999), produzierten zum Teil abweichende Ergebnisse von denen Schulzes und waren untereinander nur schlecht vergleichbar. Die zeitvergleichende Analyse Müller-Schulzes (1996) mittels Korrespondenzanalysen konnte die Stabilität der alltagsästhetischen Schemata zur Freizeitgestaltung hingegen bestätigen.

Als Alternative zu diesen induktiv-empiristischen Verfahren wählt Otte ein deduktiv-theoretisches Vorgehen. Auf der Basis einer vergleichenden Metaanalyse von mehr als dreißig Ansätzen der Lebensstil- und Werteforschung der 1980er und 1990er Jahre entwirft Otte eine hypothetische Lebensführungstypologie, die im Rahmen von zeitlich gestaffelten Befragungen empirisch validiert wird. Der Versuch, die Typologie mittels Cluster- und Korrespondenzanalysen zu reproduzieren, weist hohe Übereinstimmungen mit dem hypothetischen Entwurf auf. Die für die Typenzuweisung benötigte Indikatorenbasis kann von Otte im Zuge von Itemanalysen sowie Diskriminanz- und Hauptkomponentenanalysen von insgesamt 94 auf zehn Indikatoren reduziert werden. Die empirische Va-

lidierung ist inklusive der statistischen Kennzahlen dokumentiert, publiziert und damit intersubjektiv nachprüfbar. Die Typenzuweisung erfolgt mittels eines Gesamtscores additiver dimensionaler Indizes. Dieses vergleichsweise simple Verfahren ist leicht replizierbar und somit für raum-zeitliche Trendanalysen geeignet. Für die inhaltliche Beschreibung der Lebensführungstypen dienen die Ergebnisse der Referenzstudien, die dafür allerdings in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden müssen, um biografische und historische Veränderungen abbilden zu können.

### *3. Wie aufwendig ist der Einsatz der jeweiligen Instrumentarien im Rahmen sozialepidemiologischer Befragungen?*

Der Einsatz von Lebensstilkonzepten im Rahmen von sozialwissenschaftlichen Befragungen ist meist aufwändig und teuer (Otte, 2008). Zwar besteht der Sinus-Milieuindikator in seiner aktuellsten Fassung nur noch aus einer Indikatorenauswahl von 29 Items. Die im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Beispiele zur Beantwortung gesundheitsbezogener Fragestellungen basieren jedoch auf einer Indikatorenauswahl von 44 Items. Dem Ansatz von Gerhard Schulze liegt eine Auswahl von etwa einhundert Items zugrunde. Dies übersteigt bei weitem den Erhebungsaufwand konventioneller Sozialstrukturkonzepte und dürfte bisher ein Ausschlusskriterium für den Einsatz von Lebensstilkonzepten im Rahmen von gesundheitswissenschaftlichen Befragungen gewesen sein. Für den Einsatz der Otteschen Lebensführungstypologie werden hingegen nur zehn Items benötigt, die eine Zuweisung zu den entsprechenden Typen ermöglichen. Die inhaltliche Beschreibung der Typen kann aus den Ergebnissen der Referenzstudien Ottes (1999; 2000; 2001) abgeleitet werden, deren Indikatoren dafür nicht Bestandteil der Indikatorenauswahl der gesundheitswissenschaftlichen Befragungen selbst sein müssen. Insofern bildet der Ansatz Ottes auch unter pragmatischen Gesichtspunkten eine ökonomische Alternative zu den für die hier vorgenommene Untersuchung herangezogenen Referenzansätzen der Lebensstilforschung.

### *4. Welchen Gewinn bringt die Anwendung für die Entwicklung von zielgruppenorientierten Maßnahmen und Strategien zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit?*

Für die Planung, Umsetzung und Bewertung von primärpräventiven Maßnahmen und Strategien können mithilfe von Lebensstil- und Milieuanätzen milieuspezifische Risikoprofile und Beschreibungen geeigneter Zugangswege unter Berücksichtigung der kommunikativen Erreichbarkeit vorgenommen werden. Durch Informationen zu Freizeitstilen, Konsummustern und kulturellen Präferenzen können Aussagen zu Orten, an denen Zielgruppen angetroffen werden können, die begriffliche und argumentative Semantik, die Stilistik der Botschaft sowie den Medien, in bzw. mit denen gesundheitsbezogene Botschaften kommuniziert werden können, getroffen werden (Wippermann, 2009). Dadurch kann eine bessere Akzeptanz von Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen durch Berücksichtigung der milieuspezifischen Voraussetzungen sowie eine Grundlage für die Planung institutio-

neller Angebote und die Berechnung ihrer Wirtschaftlichkeit geschaffen werden (Wippermann, 2009). Davon können alle einleitend vorgestellten Strategien der Primärprävention profitieren.

Des Weiteren können durch die Analyse von allgemeinen Wertvorstellungen und Orientierungen im Zusammenhang mit der sozialen Lage die motivationalen und kognitiven Mechanismen der Lebensführung erschlossen werden, in die gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen eingebettet sind. Die dichte Beschreibung (Geertz, 1987) von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheitslagen im Zusammenhang mit dem lebensweltlichen Kontext, verleiht dabei den Versuchen von Menschen Gestalt, die mit ihrer sozialen Lage verbundenen Probleme zu kompensieren. Im Vergleich zur Beschreibung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit anhand von Einzelvariablen, ist dies für die Kommunikation mit Auftraggebern und Praktikern von großem Vorteil. Statt der Beschreibung statistischer Zusammenhänge mehrerer Einzelvariablen, kann eine Typologie als Einheit präsentiert werden. Dadurch können dichte Beschreibungen mittels Typologien ein Verstehen des Alltagshandelns befördern, dass bei einer Konzentration auf statistische Effekte eher in den Hintergrund gerückt wird (Otte, 2008).

Weitere Schlussfolgerungen können für die Möglichkeiten gezogen werden, gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen durch primärpräventive Strategien zu beeinflussen. Die im Rahmen dieser Arbeit für die Analyse herangezogenen Ansätze der Lebensstilforschung legen unterschiedliches Gewicht auf die Rolle, die die sozialen Verhältnisse auf die Gestaltung und Wandlungsfähigkeit von Lebensstilen ausüben. Während beim Ansatz von Gerhard Schulze den sozialen Verhältnissen für die Möglichkeiten Lebensstile zu beeinflussen, nur eine geringe Bedeutung zugeschrieben wird, resultieren aus den theoretischen Voraussetzungen des Sinus-Ansatzes und Ottes nur geringe Handlungsspielräume, die Lebensstile von Menschen unabhängig von den sozialen Verhältnissen zu beeinflussen. Da Lebensstile dort in Anlehnung an das Habituskonzept Bourdieus über die soziale Lage vermittelt die Produktion von Sinn und die Ausprägung einer persönlichen Identität befördern, käme die Veränderung von gesundheitsriskanten Lebensstilen durch gesundheitsförderliche Lebensstile einem Wechsel der Identität gleich. Die Erfolgsaussichten von Adhoc-Maßnahmen dürften dafür nicht sonderlich hoch ausfallen. Auch die Möglichkeit, über bevölkerungsbezogene Kampagnen („Esst mehr Obst“) Menschen zu einer gesunden Lebensweise zu bewegen, erscheint in diesem Zusammenhang eher wenig erfolgversprechend. Dennoch existieren Potenziale, auf die Lebensführung von Menschen Einfluss zu nehmen, indem aktivierende und beteiligende Interventionen im Zusammenspiel mit Maßnahmen der Chancenerweiterung durch Arbeitsmarkt- und Sozialreformen in Gang gesetzt werden könnten. Weitere Möglichkeiten bestehen in der Identifikation und Präsentation von milieudäquaten Vorbildern und Rollenmodellen, mithilfe derer Botschaften von Gesundheitsförderung und Prävention in milieuspezifisch genutzten Medien platziert und verbreitet werden könnten. Das Ziel von primärpräventiven Interventionen und Maßnahmen kann jedoch nicht aus-



schließlich auf die Beeinflussung des Verhaltens oder der Wertvorstellungen von Menschen abzielen. Ziel in einer demokratischen Gesellschaft muss es bleiben, Menschen über die sozialen Mechanismen hinter ihren gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen aufzuklären und sie beteiligend und aktivierend zu befähigen, gesundheitsförderliche gesellschaftliche Verhältnisse im Rahmen eines informierten Konsensus zu gestalten und gesundheitsriskante Einstellungen und Verhaltensweisen bewusst zu verändern.

## **8.2 Diskussion der Bewertungsergebnisse und des methodischen Vorgehens**

### **8.2.1 Diskussion der Bewertungsergebnisse**

Die im Rahmen dieser Arbeit vorgenommene Beschreibung und Bewertung der Ansätze von Sinus Sociovision, Gerhard Schulze (1992) und Gunnar Otte (2008) verfolgte die Absicht, nach nachvollziehbaren und relevanten Kriterien eine Empfehlung für den Einsatz eines dieser Ansätze für Sozialstrukturanalysen im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung abzugeben. Dabei stellt sich die Frage, mit welchem Gewicht die einzelnen Kriterien in eine solche Bewertung einfließen sollten.

Die Ergebnisse der vergleichenden Analyse zeigen, dass Lebensstil- und Milieuansätze eine Vielfalt von Informationen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit und zur Identifikation von Zielgruppen für primärpräventive Interventionen liefern können. Je nach Fragestellung und untersuchter Bevölkerungsgruppe können diese Ansätze dabei eine unterschiedliche theoretische Relevanz entfalten. Zum Teil entziehen sich die untersuchten Ansätze aber aufgrund ihrer kommerziellen Ausrichtung der intersubjektiven Überprüfbarkeit, wie im Fall der Sinus-Milieus, zum Teil wurde eine solche Überprüfung nicht systematisch durchgeführt und - wenn überhaupt - nur mangelhaft dokumentiert oder erbrachte widersprüchliche Befunde, wie im Fall des Ansatzes von Schulze. Des Weiteren sind die auf einem induktiv-empiristischen Vorgehen basierenden Ansätze mit einem großen Erhebungsaufwand verbunden und weisen erhebliche Probleme bezüglich ihrer Reproduzierbarkeit im Rahmen sozialstruktureller Trendanalysen auf. Somit können mithilfe dieser Ansätze lediglich Momentaufnahmen kollektiver Wertorientierungsmuster sowie ästhetischer Stile produziert werden, deren Artefaktcharakter sich einer systematischen Prüfung entzieht.

Die deduktiv-theoretische Variante von Otte (2005; 2008) kann diese Probleme zwar überwinden und basiert auf nur zehn Indikatoren für den Einsatz in der empirischen Forschung. Letztlich ist das Vorgehen Ottes aber ebenfalls mit Problemen verbunden, die bei einem Einsatz für Sozialstrukturanalysen einer kritischen Betrachtung unterzogen werden müssen. Der Vergleich mit den Referenzansätzen der Lebensstilforschung zeigte jedoch, dass mit dem Lebensführungskonzept von Otte ein ökonomisch einsetzbares und empirisch validiertes Instrument der Lebensstilforschung vorliegt, das

für gesundheitswissenschaftliche Trendanalysen und die Identifikation von Zielgruppen und zielgruppenorientierten Zugängen verwendet werden könnte. Dadurch ließe sich ein wichtiger Beitrag leisten, das Verständnis von gesundheitlicher Ungleichheit zu erweitern und zu ihrer Verminderung die Qualität präventiver Strategien in Public Health zu verbessern.

Die Entscheidung, welcher Ansatz für Sozialstrukturanalysen in anderen Bereichen verwendet werden sollte, hängt vom Erkenntnisinteresse des jeweiligen Forschungsvorhabens, pragmatischen Erwägungen sowie dem Verwendungszusammenhang, in dem die Ergebnisse präsentiert und genutzt werden sollen, ab. So spielt beispielsweise die mangelnde intersubjektive Vergleichbarkeit im Bereich der Marktforschung vermutlich nur eine geringe Rolle, während dieser Aspekt im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung von zentraler Bedeutung ist. Auch hängt die Wahl eines Ansatzes der Lebensstilforschung davon ab, welche Informationen für die Beschreibung von Zielgruppen benötigt werden bzw. ob es bei dieser Beschreibung lediglich um Momentaufnahmen der Lebensführung von Menschen zur Platzierung eines Produkts oder die Abbildung von Trends für die Analyse sozialstruktureller Wandlungsprozesse gehen soll. Letzteres dürfte für die Erklärung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit gelten, die nach wie vor die Kernaufgaben von Gesundheitswissenschaftlern und Akteuren in Gesundheitsförderung und Prävention bilden. Dieser Aspekt bildet somit das entscheidende Argument für die Empfehlung des Einsatzes der Lebensführungstypologie Ottes für Sozialstrukturanalysen im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung.

### **8.2.2. Diskussion des methodischen Vorgehens**

Die Situation, in der sich die Lebensstilforschung heute befindet, spiegelt sich im methodischen Vorgehen dieser Arbeit wider. Die Lebensstilforschung in Deutschland besteht derzeit aus einem fragmentierten Feld untereinander wenig vergleichbarer Ansätze, deren Vorgehensweise in der Regel nur mangelhaft oder gar nicht dokumentiert ist. Das gewählte Vorgehen, anhand einer Literaturrecherche eine Bewertung für den Einsatz von Konzepten der Lebensstilforschung im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung vorzunehmen, bildet somit einen Notbehelf, der sich aus dem Umstand ergibt, dass eine Bewertung der dafür zugrunde gelegten Kriterien der Reproduzierbarkeit und des Realitätsgehalts aus den bestehenden Publikationen oftmals nur indirekt oder gar nicht geschlossen werden konnte. Diaz-Bone führt das auf die vorherrschende Logik in der kommerziellen Marktforschung zurück: „Die Logik der kommerziellen Milieuforschung führt zu einer Strategie von Marktforschungsunternehmen, das eigene Milieumodell zum Standard machen zu wollen und gleichzeitig das technische Wissen um das Milieumodell und dessen kommerzielle Verwertung zu monopolisieren.“ (Diaz-Bone, 2004, S. 1). Für die wissenschaftliche Sozialstrukturforschung führt dies zu einer Infragestellung der Validität und damit zu einem Rezeptionshindernis avancierter kommerzieller Milieuforschung (Diaz-Bone, 2004).

Insofern erwies sich die im Rahmen der Literaturrecherche ermittelte Metaanalyse Ottes als ein Glücksfall, ohne den das hier unternommene Vorhaben ungleich schwieriger ausgefallen wäre. Ein Teil der für die Bewertung zugrunde gelegten Kriterien konnte dabei aus den von Otte (2008) vorgelegten Kritikpunkten abgeleitet werden und bildete, ergänzt um das Kriterium des Informationsgehalts aus der Arbeit Wippermanns (2009), das theoretische Gerüst für den analytischen Teil dieser Arbeit. Bezüglich des gewählten Vorgehens kann allerdings infrage gestellt werden, ob die Heranziehung von Kriterien, die von Otte selbst als Grundlage für die Entwicklung eines Lebensstilkonzepts dienen, noch zu offenen Ergebnissen für die Bewertung der untersuchten Ansätze führen kann, oder ob die mittels dieses Vorgehens erzeugten Ergebnisse lediglich deskriptiver oder gar rhetorischer Art sind. Dem kann zunächst entgegen gehalten werden, dass die Kritikpunkte Ottes nicht einfach beliebiger Natur sind, sondern nach wie vor die Grundlage der Diskussion um den Einsatz von Lebensstil- und Milieuansätzen für Sozialstrukturanalysen innerhalb bereichsspezifischer Untersuchungen bilden und von Kritikern (z. B. Geißler, 1996) wie Befürwortern gleichermaßen ins Feld geführt werden (z. B. Blasius, 1994; Georg, 1998; Hartmann, 1999). Den damit verbundenen Anforderungen müssen somit alle Konzeptionen, seien sie nun induktiv-empiristischer oder deduktiv-theoretischer Art, gerecht werden.

Auch hätte der Fokus der Fragestellung dahingehend verengt werden können, welche Art Vorgehen sich überhaupt für die Konzeption von Lebensstilen eignet. Während ein induktiv-empiristisches Vorgehen sich weitgehend der Kontrolle des Forschenden entzieht bzw. willkürlichen Entscheidungen bei der Anwendung der Verfahren für die Typenkonstruktion unterliegt, kann sich ein theoretisch deduziertes Modell im Rahmen der empirischen Überprüfung als falsch erweisen. Letzten Endes ist auch das Vorgehen Ottes nicht frei von willkürlichen Entscheidungen, beispielsweise was die Festlegung der Typengrenzen anbelangt oder die Art und die Anzahl von Indikatoren, die für die individuelle Fallzuweisung herangezogen werden sollten. Durch das im Rahmen dieser Arbeit gewählte Vorgehen konnte somit gezeigt werden, dass die untersuchten Ansätze der Lebensstilforschung, die hinsichtlich ihres methodischen Vorgehens, ihrer dimensionalen Ausrichtung und der darauf beruhenden Indikatorenauswahl das Spektrum der heutigen Lebensstilforschung in Deutschland repräsentieren, den bestehenden Anforderungen auf unterschiedliche Weise gerecht werden und dabei mit unterschiedlichen Problemen verbunden sind. Diese müssen bei der Wahl des einen oder des anderen Ansatzes in Kauf genommen werden. Gegenüber Sozialstrukturanalysen mithilfe klassischer Strukturmodelle bieten Lebensstil- und Milieuansätze jedoch wesentliche Vorteile für das Verständnis sozialer Ungleichheit und bilden damit eine wichtige Ergänzung für Sozialstrukturanalysen, gegenüber der sich die sozialepidemiologische Forschung nicht verschließen sollte.

### 8.3 Weiterer Forschungsbedarf

Der Einsatz der Lebensführungstypologie Ottes im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung ist mit weiterem Forschungsbedarf verbunden. Zum einen müssen die theoretisch konstruierten Lebensführungstypen sowohl konzeptionell als auch inhaltlich in regelmäßigen Abständen anhand von Referenzerhebungen überprüft und gegebenenfalls hinsichtlich historischer und biografischer Veränderungen angepasst werden. Da die Typologie Ottes räumlich die Gültigkeit für die Lebensführung von Menschen in ganz Deutschland beansprucht, sollten diese Referenzstudien auf der Basis für die Bevölkerung Deutschlands repräsentativer Stichproben erhoben werden. Zeitlich kann sich die Typologie Ottes dabei als nur befristet gültig erweisen. Da die von Otte (1999, 2000; 2001) durchgeführten Referenzerhebungen über zehn Jahre zurückliegen, wäre eine solche Aktualisierung mittlerweile notwendig. Davon könnten viele bereichsspezifische Untersuchungen profitieren. Derzeit konnten jedoch keine Hinweise auf eine Anchlusserhebung oder die Planung eines solchen Vorhabens ermittelt werden. Konzeptionell ist der Ansatz Ottes für raum-zeitliche Trendanalysen bestens geeignet und kann sowohl im Rahmen regional begrenzter als auch bundesweiter Erhebungen eingesetzt werden (Otte, 2008).

Zusätzlich zu dem von Otte gewählten Verfahren sollte eine Überprüfung der Typologiekonstruktion mittels typenbildender Verfahren wie Cluster- und Korrespondenzanalysen erfolgen, um sicherzustellen, dass die resultierenden Typen nicht nur der Anwendung einer spezifischen Methode geschuldet sind, sondern reale Verhältnisse der Lebensführung von Menschen abbilden. In diesem Zusammenhang wurde von Otte selbst auf die Notwendigkeit hingewiesen, sowohl die Anzahl der Indikatoren zur Typenkonstruktion und der individuellen Fallzuweisung optimal an die Erfordernisse von Gütekriterien der Reliabilität und Validität anzupassen, als auch alternative Methoden der Fallzuweisung mittels typenspezifischer Indikatoren zu testen und mithilfe von qualitativen Methoden abzusichern (Otte, 2008).

Die handlungstheoretische Fundierung durch die Anbindung an das Investitionsparadigma macht den Ansatz auch hinsichtlich seiner motivationalen und kognitiven Komponenten falsifizierbar. Ob sich ein holistisch angelegtes Konzept der Lebensführung allerdings einseitig auf der Basis einer nutzenorientierten Handlungslogik von Akteuren begründen lässt, muss erst noch gezeigt werden. Kreative und tentative Aspekte des sozialen Handelns, die ebenfalls der Identitätsbildung dienen und sich nicht auf ein Nutzenkalkül zurückführen lassen (z. B. Blumer, 1969; Goffman, 1969; Strauss, 1974; Joas, 1992), werden dadurch praktisch ausgeblendet. Inwieweit sich der Ansatz somit auch hinsichtlich seines prognostischen Potenzials für die Vorhersage von Handlungen und Verhaltensweisen von Akteuren bewähren kann, muss damit ebenfalls der weiteren Forschung überlassen bleiben.

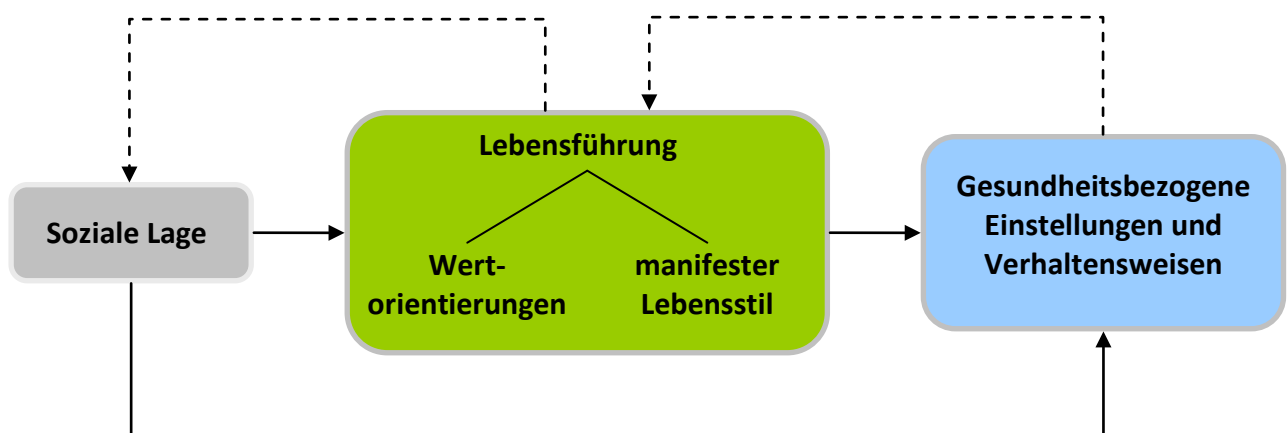
### **8.3.1. Modellvorstellung zur Verbindung von sozialer Lage, Lebensführung und gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen**

Für die Entwicklung und Anpassung des Lebensführungskonzepts von Otte ist weitere empirische Forschung notwendig. Darüber hinaus wird für die Suche nach den sozialen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit eine konsistente theoretische Grundlage benötigt, die eine empirische Analyse anleiten kann (Richter, 2010). Public Health, als eine interdisziplinäre Wissenschaft, bezieht ihre Stärke aus der Möglichkeit, theoretische Konzepte aus den verschiedensten wissenschaftlichen Bereichen für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit miteinander zu verbinden. Das Lebensführungskonzept Ottes, das für die Aufklärung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit eingesetzt werden soll, muss dazu in bestehende theoretische Erklärungsmodelle zu gesundheitlicher Ungleichheit integriert werden, um auch das theoretische Verständnis von gesundheitlicher Ungleichheit erweitern zu können.

Dabei spielt zunächst die Frage, nach den Erklärungsanteilen von Lebensstilen im Verhältnis zu anderen Strukturmerkmalen eine wichtige Rolle. Bei der statistischen Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit sollte der Effekt von Lebensstilen als unabhängige Variablen auf gesundheitsbezogene „Outcomes“ auch dann erhalten bleiben, wenn andere Strukturmerkmale in die Analysen mit einbezogen werden. Nach Untersuchungen von Otte (2008) liegt der Anteil der Varianzaufklärung innerhalb der Lebensstilforschung im Durchschnitt zwischen 5 % und 10 % und sinkt nach statistischer Kontrolle von traditionellen Strukturmerkmalen auf 2 % bis 4 %. Da die Effektstärken von Lebensstilen demnach nur niedrig bis moderat sind, kann bezüglich der Diskussion um die Bestandteile einer adäquaten Sozialstrukturanalyse im Rahmen der sozialepidemiologischen Forschung festgehalten werden, dass die objektiven Ungleichheitsdimensionen wie schicht- und lageassoziierte Merkmale nach wie vor zur Beschreibung von gesundheitlicher Ungleichheit relevant sind. Trotz der gesellschaftlichen Entstrukturalisierungstendenzen, wie sie unter dem Oberbegriff der „Pluralisierung der Lebenslagen und Lebensweisen“ (Beck, 1986) zusammengefasst werden, müssen subjektive Dimensionen, wie gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen weiterhin im Spannungsverhältnis zur sozialen Lage analysiert werden (Sperlich & Mielck, 2003). Letztlich bedarf es für die Beschreibung des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sowie der Entwicklung von zielgruppenorientierten Maßnahmen und Interventionen im Bereich einer lebensweltlichen Verhaltens- und Verhältnisprävention der Integration von objektiven und subjektiven Ungleichheitsdimensionen innerhalb der sozial-epidemiologischen Forschung.

Auf der Basis dieser Überlegungen wird deshalb in Anlehnung an Weber (1972), Bourdieu (1982) und darauf Bezug nehmend Otte (2008) ein für gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen modifiziertes Kausalmodell vorgeschlagen, das den Zusammenhang von sozialer Lage und gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen über die Verbindung von kognitiven und motivationa-

len Komponenten eines allgemeinen Lebensführungskonzepts veranschaulicht (Abbildung 9). Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Beziehungen von sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird dieses Lebensführungskonzept in die Erklärungsmodelle zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit von Elkeles und Mielck (1997) sowie Sperlich und Mielck (2003) eingebunden. Damit kann ein Beitrag zur Theorieentwicklung geleistet werden, in dem mithilfe des Lebensführungskonzepts auch die hinter den materiellen Ressourcen und strukturellen Restriktionen liegenden Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit abgebildet und erklärt werden können. Mittels eines für gesundheitsbezogene Fragestellungen modifizierten Kausalmodells nach Otte (2008, S. 90) kann dieser Zusammenhang von sozialer Lage, Lebensführung und gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen folgendermaßen veranschaulicht werden.



**Abbildung 9:** Modifiziertes Kausalmodell der Lebensführungsgenese und ihrer Auswirkungen auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen nach Otte (2008). Quelle: Otte (2008, S. 90). Eigene Darstellung.

Nach dem hier vorgeschlagenen Modell wirken lagespezifische Merkmale über materielle und zeitliche Ressourcen sowie strukturelle Restriktionen sowohl direkt auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen als auch vermittelt über mit der sozialen Lage assoziierte Wertorientierungen und Lebensstile, die unter dem Begriff der Lebensführung zusammengefasst werden können. In Anlehnung an Weber (1972) und darauf Bezug nehmend Otte, wird Lebensführung dabei „als grundlegendes und umfassendes [Prinzip] der Alltagsorganisation“ (Otte, 2008, S. 91) verstanden, das als Korrelat aus Wertorientierungen und manifesten Lebensstilen gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen vorgelagert ist. Für Erklärungen des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird damit eine Kausalrichtung von der sozialen Lage über die Lebensführung auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen unterstellt. Da der Erklärungsbeitrag der Lebensführung für diesen Zusammenhang allein nicht ausreicht, sollten Analysen von Unterschieden in gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen auch immer auf Basis einer direkten Bezugnahme auf lagespezifische Ressourcen und damit verbundene Restriktionen erfolgen. Zu diesen lagespezifischen Ressourcen können der soziale Status, gebildet aus Ein-

kommen, Bildung und Berufsstatus, aber auch Merkmale wie Alter und Geschlecht, die direkt mit Gesundheit und Krankheit assoziiert sind sowie Lebensformen und soziale Netzwerke von Menschen gezählt werden. Wertorientierungen bezeichnen dabei die mentale Ebene von Grundorientierungen, wie dem Bourdieuschen Habitus und umfassen motivationale Elemente wie Reflexionen und Strategien der Lebensführung in der Auseinandersetzung mit der Position innerhalb der Sozialschichthierarchie, wie gesellschaftsbezogene Anomievorstellungen und damit verbundene Kontrollüberzeugungen. Manifeste Lebensstile bezeichnen verhaltensbezogene Formen der Lebensführung, die von Individuen in ähnlichen gesellschaftlichen Positionen geteilt und von diesen in sozialen Interaktionsprozessen verglichen und kognitiv angeeignet oder abgelehnt werden (Otte, 2008). Die Aneignung und Ablehnung dieser Lebensstile dient dabei der Erzeugung von Anerkennung und Wertschätzung in sozialen Netzwerken.

Innerhalb dieses Modells bilden gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen die zu erklärenden Variablen, die im Zusammenhang mit den kognitiven und motivationalen Elementen der Lebensführung analysiert werden können. Zu den gesundheitsbezogenen Einstellungen gehören dabei die bereits in Kapitel 4.3 beschriebenen körperbezogenen Ausprägungen des Habitus in Form somatischer Kulturen wie subjektive Theorien und Konzepte von Gesundheit, Gesundheitsvorstellungen sowie mit diesen Theorien und Konzepten im Zusammenhang stehende Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen als mentale Ressourcen im Umgang mit Erkrankungen (Helfferich, 1993; Flick, 1998; Faltermaier, 1998). Zu den gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen können beispielsweise der Konsum von Alkohol, Tabak oder Drogen, die Ernährung oder körperliche Aktivität gezählt werden, sowie das Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen und Angeboten des gesundheitlichen Versorgungssystems.

### **8.3.2. Einbindung der Lebensführung in die Modellentwicklung zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit**

Verschiedene Vorschläge, den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit mithilfe von mehrdimensionalen Erklärungsmodellen aufzuschlüsseln, sind bereits in Kapitel 1.2 und Kapitel 2.2 vorgestellt worden. Wie lässt sich nun das Modell der Lebensführungsgenese von Otte (2008) in die bereits bestehenden theoretischen Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit integrieren? Im Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit von Elkeles und Mielck (1997) wirkt sich soziale Ungleichheit vermittelt über Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen, Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung sowie gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen auf gesundheitliche Ungleichheit aus (vgl. Abbildung 1). Die Wahl der einbezogenen Dimensionen zu sozialer Ungleichheit wie Wissen, Geld, Macht und Prestige macht allerdings deutlich, dass das Modell stark dem materiell-strukturellen Erklärungsansatz verhaftet bleibt. Im Modell von Sperlich und

Mielck (2003) werden die Ansätze der verhältnis- und verhaltensbezogenen Verursachung gesundheitlicher Ungleichheit in einen Zusammenhang gebracht. Demnach wirken sich Unterschiede in gesundheitlichen Beanspruchungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen erst über die Wechselbeziehungen von sozialem Kontext, Habitus und Lebensstil auf gesundheitliche Ungleichheit aus (vgl. Abbildung 2).

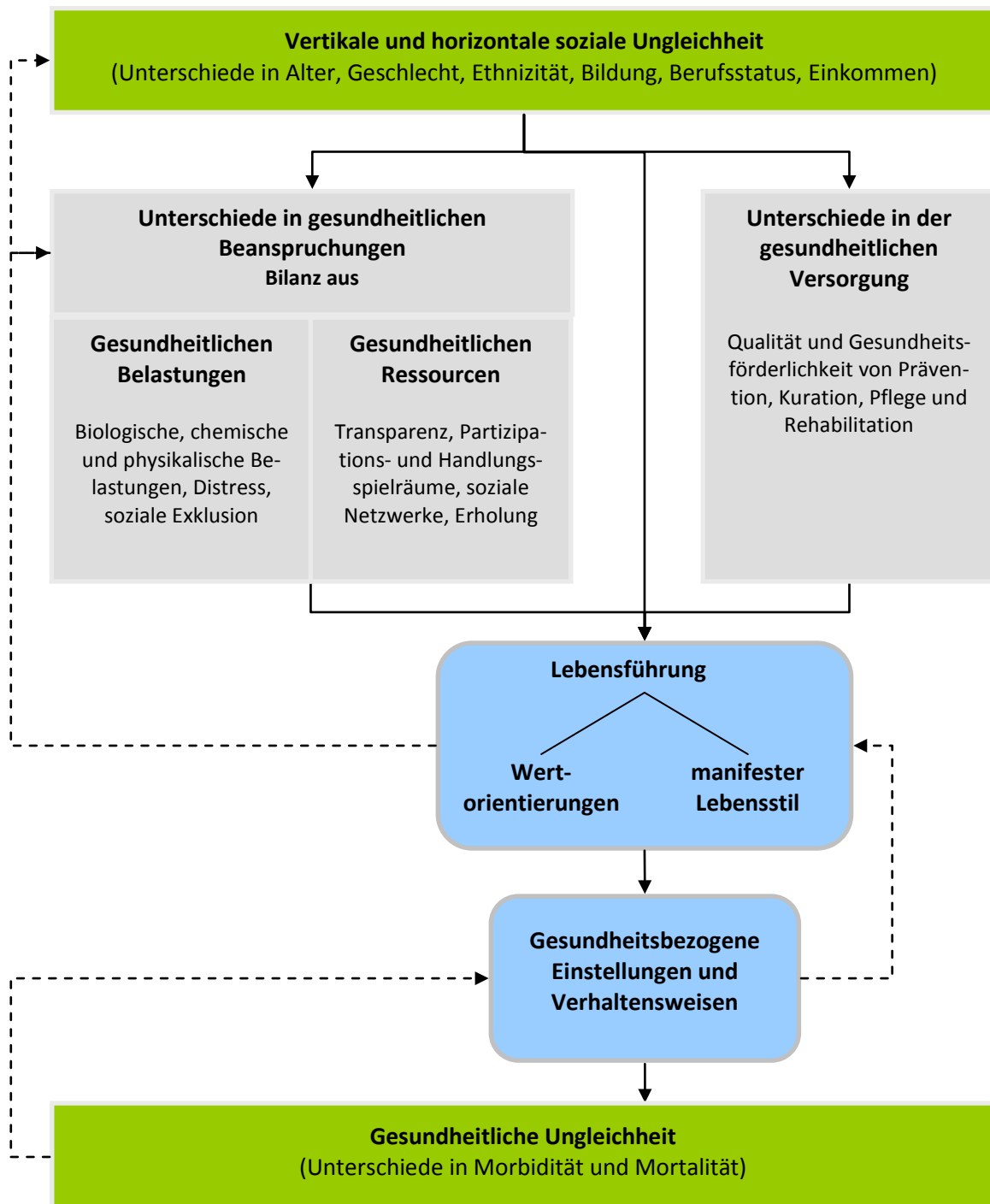
Beide Modelle sehen außerdem einen direkten Einfluss von gesundheitlicher Ungleichheit zu sozialer Ungleichheit vor. Unklar bleibt dabei, wie sich gesundheitliche Ungleichheit auf soziale Ungleichheit auswirkt. In der Regel wird unterstellt, dass sich gesundheitliche Einschränkungen direkt auf soziale Benachteiligungen beispielsweise in den Berufs- oder Bildungschancen auswirken und damit auf gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse zurückgeführt werden können. Die Mechanismen, die diesen Zusammenhang bewirken, bleiben jedoch ungeklärt. Sowohl in der Kausalrichtung von sozialer auf gesundheitliche Ungleichheit als auch umgekehrt, bleiben somit die Erklärungsmodelle von Elkeles und Mielck (1997) sowie Sperlich & Mielck (2003) durch die Vernachlässigung der Lebensführung als integrierendem Konzept von sozialer Lage und Unterschieden in gesundheitlichen Einstellungen und Verhaltensweisen eher unterkomplex.

Zwischen den Komponenten des Kausalmodells nach Otte (2008), in dem Habitus und Lebensstile zu einem grundlegenden Ordnungsprinzip der Lebensführung verbunden werden, existieren Rückkopplungsprozesse von Unterschieden in gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen auf die Lebensführung (vgl. Abbildung 9). Diese Rückkopplungsprozesse können so verstanden werden, dass gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen durch die Ausprägung von Verlaufsbiografien im Zuge des Umgangs mit Erkrankungen selbst zu Teilen der Lebensführung werden. Des Weiteren streben Menschen, vermittelt über Praktiken der Lebensführung, durch gesundheitsförderliche oder gesundheitsriskante Orientierungen und darauf beruhenden Verhaltensweisen den Erhalt bzw. die Veränderung ihrer gesellschaftlichen Position an (Wippermann, 2009).

Mithilfe des von Otte entworfenen und für gesundheitsbezogene Fragestellungen modifizierten Modells können somit die Beziehungen von sozialen Unterschieden und gesundheitlicher Ungleichheit ursächlich im Kontext eines allgemeinen Prinzips der Lebensführung erklärt und analysiert werden. Gesundheitsförderliche oder -riskante Verhaltensweisen, wie die Ausübung von Sport, der Konsum von Alkohol oder die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen werden danach als Teile eines umfassenderen Lebensführungskonzepts im Rahmen einer milieuspezifischen Alltagsgestaltung und damit zusammenhängenden Orientierungen verstanden, die ihrerseits auf der aktiven Auseinandersetzung mit der individuellen soziale Lage beruhen. Auf der Basis der Überlegungen zu den Ansätzen von Elkeles und Mielck (1997), Sperlich und Mielck (2003) sowie Otte (2008) wird deshalb ein integriertes Erklärungsmodell vorgeschlagen, das die über das Konzept der Lebensführung vermittel-



ten Wechselwirkungen und Rückkopplungsprozesse des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit veranschaulicht (Abbildung 10).



**Abbildung 10:** Integriertes Mehrebenenmodell des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nach Elkeles & Mielck (1997), Sperlich & Mielck (2003) und Otte (2008). Eigene Darstellung.

Nach dem hier vorgeschlagenen Erklärungsmodell wirken sich lagespezifische Unterschiede sowohl direkt als auch vermittelt über unterschiedliche gesundheitsbezogene Beanspruchungen und Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung auf die Lebensführung von Menschen aus. Wer nicht genug Geld hat, um kostspielige individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zu bezahlen, kann diese auch nicht in Anspruch nehmen. Gleichzeitig müssen solche Restriktionen und die damit einhergehende Benachteiligung über die Lebensführung verarbeitet werden, in dem diese in die allgemeinen Wertorientierungen von Menschen, beispielsweise als Notwendigkeitgeschmack, nach dem Motto „was man sich nicht leisten kann, das braucht man auch nicht“, mit einfließen. Neben einer kognitiven Komponente, über die bestimmte Verhaltensweisen, wie die Inanspruchnahme alternativer Therapieformen (Wippermann, 2009) oder Ernährungsweisen anderer Gruppen abgeglichen werden (Gerhards & Rössel 2003), beinhaltet das Lebensführungskonzept eine motivationale Komponente, die dazu dient, sich in der Auseinandersetzung mit der eigenen Position innerhalb der Schichthierarchie zu rechtfertigen und zu behaupten. Daraus resultiert ein Korrelat aus alltagsästhetischen, ethischen und moralischen Orientierungen sowie darauf beruhenden Lebensstilen, die von Individuen in ähnlichen gesellschaftlichen Positionen geteilt werden und der Orientierungshilfe im Alltag sowie der Demonstration von Zugehörigkeit und Abgrenzung in sozialen Interaktionen dienen. Aus diesem sinn- und identitätsstiftenden Gesamtzusammenhang der Lebensführung heraus, können gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen besser verstanden und erklärt werden, die sich z. B. über einen erhöhten Tabakkonsum, die Ausübung von Sport, die Ernährung oder Unterschieden im Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitsbezogenen Leistungen auf die gesundheitlichen Chancen und Risiken von Menschen auswirken.

Dargestellt durch die gestrichelten Linien können auch Rückkopplungsprozesse verdeutlicht werden, die sich im Zuge des Umgangs mit Erkrankungen durch die Ausprägung von Verlaufsbiografien ergeben und über die Integration in die allgemeine Lebensführung verarbeitet werden müssen (Corbin & Strauss, 2010). Mit Erkrankungen verbundene Einschränkungen in der Funktion oder der Mobilität führen so zu einer Modifikation von allgemeinen Wertorientierungen und darauf beruhenden Verhaltensweisen, beispielsweise indem die Ausübung von Sport auf andere Sportarten verlagert oder ganz eingestellt wird, oder indem die Ernährung aufgrund einer auftretenden Diabeteserkrankung umgestellt werden muss. Für viele Menschen wird die Gesundheit erst durch die Erfahrung mit Erkrankungen zu einem Gut, dem für die Erhaltung von Handlungs- und Partizipationsmöglichkeiten besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Somit können aus Modifikationen der Lebensführung neue gesundheitliche Belastungen oder Ressourcen resultieren, beispielsweise durch den Aufbau sozialer Netzwerke über die Teilnahme an Selbsthilfegruppen, die sich wiederum auf die soziale Lage und die damit verbundene gesellschaftliche Position auswirken. So bildet die gemeinsame Bearbeitung eines Problems mit Gleichbetroffenen für viele Menschen, die sich auf-

grund einer eigenen Problemlage oder der eines Angehörigen einer Selbsthilfegruppe anschließen, einen Kristallisationskeim für einen persönlichen, beruflichen und sozialen Wandlungsprozess. Die mit diesem Wandlungsprozess verbundene biografische Neuorientierung führt häufig zu Formen eines Engagements, die über die zweckrationale Verfolgung von Strategien zur eigenen Problembewältigung hinausweisen (Schilling, 2006). Von diesem Engagement profitieren letzten Endes nicht nur die Betroffenen selbst, sondern die Gesellschaft als Ganze.

Im Rahmen dieser Arbeit können die Beziehungen der Lebensführung im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit und Gesundheit lediglich skizziert werden. Auch werden die direkten Auswirkungen von Unterschieden in gesundheitlichen Beanspruchungen nicht bestritten. Vielmehr geht es darum zu zeigen, auf welche Art und Weise soziale Unterschiede Menschen „unter die Haut gehen“ (Adler & Ostrove, 1999, S. 11).

### **8.3.3. Ausblick**

Der Ansatz Ottes kann einen viel versprechenden Beitrag zur theoretischen und methodischen Neuorientierung der Lebensstilforschung leisten und der Diskussion um den Einsatz von Lebensstilen in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung neue Impulse verleihen. Letztlich muss sich der Ansatz aber für die Eignung zur Beantwortung gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen erst noch bewähren. Dazu ist es notwendig, die Typologie Ottes für Strukturanalysen im Rahmen gesundheitswissenschaftlicher Befragungen einzusetzen, da eine solche Bewährung nur innerhalb der empirischen Forschung erfolgen kann. Ein erster Schritt dazu wurde mit dem Einsatz des Otteschen Instruments im Rahmen der im September 2012 geplanten Projektstudie GEDA 2.0 des Robert Koch-Instituts vollzogen. Die Projektstudie dient dabei zunächst dazu, neue Zugangswege für bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsbefragungen mithilfe eines Mixed-Mode-Designs zu erproben. Durch den Einsatz der Lebensführungstypologie Ottes soll herausgefunden werden, inwiefern die Beteiligung oder die Verweigerung der Teilnahme an solchen Befragungen bzw. die Präferenz für eine schriftliche, telefonische oder webbasierte Befragung in Ergänzung zu schichtspezifischen Unterschieden in der Response auch hinsichtlich lebensführungsspezifischer Merkmale variiert. Im Frühjahr 2013 kann mit ersten Ergebnissen dieses Projektvorhabens gerechnet werden ([www.gedastudie.de](http://www.gedastudie.de)).

## Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Rütten, A. (1994). Struktur und Dynamik moderner Lebensstile: Grundlagen für ein empirisches Konzept. In J. S. Dangschat & J. Blasius (Hrsg.), *Lebensstile in den Städten. Konzepte und Methoden*, (S. 216-234). Opladen: Leske + Budrich
- Abel, T.; Abraham, A. & Sommerhalder, K. (2009). Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage (S. 185-199). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Adler, N. E. & Ostrove, J. (1999). Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. In N. E. Adler; M. Marmot; B. S. McEwen & J. Stewart (Hrsg.) *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological, and Biological Pathways* (S. 3-15). *Annals of the New York Academy of Sciences*, Volume 896
- Adorno, T. W. (1973). *Studien zum autoritären Charakter*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, London
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Becker, U. & Nowak, H. (1982). Lebensweltanalyse als neue Perspektive der Meinungs- und Marketingforschung. In Esomar (Hrsg.) *Fitting Research to Turbulent Times* (Vol. 2) Wien.
- Behrens, J. (2009). Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage (S. 55-75). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Blasius, J. & Winkler, J. (1989). Gibt es die feinen Unterschiede? Eine empirische Überprüfung der Bourdieuschen Theorie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 41, 72-94.
- Blasius, J. (1994). Empirische Lebensstilforschung. In J. S. Dangschat & J. Blasius (Hrsg.), *Lebensstile in den Städten. Konzepte und Methoden*, (S. 237-254). Opladen: Leske + Budrich
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall
- Boltanski, L. (1976). Die soziale Verwendung des Körpers. In D. Kamper & V. Rittner (Hrsg.), *Zur Geschichte des Körpers*. (S. 138-177). München: Carl Hanser Verlag
- Bourdieu, P. (1976). *Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyli-schen Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (1982): *Die feinen Unterschiede - Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel, (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Verlag Otto Schwartz
- Bourdieu, P. (1985). Sozialer Raum und „Klassen“. Zwei Vorlesungen. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4., überarbeitete Auflage. Berlin: Springer

- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 7. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer
- Brandes, H. (2003). Männlicher Habitus und Gesundheit. In *Blickpunkt DER MANN. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit*, 2/2003, 10-13.
- Coleman, J. (1988). Social capital and the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 94, 95-120.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2010). *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. 3., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Diaz-Bone, R. (2004). Milieumodelle und Milieustrumente in der Marktforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 5(2), Art. 28. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-04/2-04diazbone-d.htm> (Zugriff am: 20. August 2012)
- Dommer, E. (1994). Kulturelle Präferenzen in einer Provinzstadt. In J. S. Dangschat & J. Blasius (Hrsg.), *Lebensstile in den Städten. Konzepte und Methoden* (S. 301–312). Opladen: Leske + Budrich
- Durckheim, E. (1996/1930). *Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Eckert, R. & Jacob, R. (1994). Kultur- oder Freizeitsoziologie? Fragen an Gerhard Schulze. *Soziologische Revue*, 17, 131-138.
- Elkeles, T. & Mielck, A. (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Gesundheitswesen*, 59, 137-143.
- Faltermayer, T. (1998). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In U. Flick (Hrsg.) *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 70-86). Weinheim und München: Juventa Verlag
- Flaig, B.B.; Meyer, T. & Ueltzhöffer, J. (1993). *Alltagsästhetik und politische Kultur. Zur ästhetischen Dimension politischer Bildung und politischer Kommunikation*. Bonn: Dietz
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit. Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hrsg.) *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 7-30). Weinheim und München: Juventa Verlag
- Geertz, C. (1987). *Dichte Beschreibungen. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Geiger, T. (1932). *Die soziale Schichtung des deutschen Volkes. Soziographischer Versuch auf statistischer Grundlage*. Stuttgart: Enke
- Geißler, R. (1996). Kein abschied von Klasse und Schicht. Ideologische gefahren der deutschen Sozialstrukturanalyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48, 319-338.
- Georg, W. (1998). *Soziale Lage und Lebensstil. Eine Typologie*. Opladen: Leske + Budrich
- Gerhards, J. & Rössel, J. (2003). Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 20. Köln: BZgA
- Gluchowski, P. (1987). Lebensstile und Wandel der Wählerschaft in der Bundesrepublik Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* B12: 18-32.
- Gluchowski, P. (1988). *Freizeit und Lebensstile. Plädoyer für eine integrierte Analyse von Freizeitverhalten*. Erkrath: DGFF
- Goffman, E. (1969). *Wir alle spielen Theater. Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper

- Gredig, D.; Parpan, A. & Nideröst, S. (2002). Somatische Kultur und HIV-Schutzstrategien von heterosexuellen Männern. *Soz Präventiv Med*, 47 (6), 366-377.
- Gredig, D.; Nideröst, S.; Parpan-Blaser, A. & Deringer, S. (2003). *HIV-Schutzstrategien von heterosexuellen Männern. Eine theorievergleichende Untersuchung der Erklärungskraft sozialkognitiver Modelle unter Berücksichtigung der somatischen Kultur*. Unveröffentlichtes Manuskript, Brugg.
- Hartmann, P. H. (1999). *Lebensstilforschung. Darstellung, Kritik und Weiterentwicklung*. Opladen: Leske + Budrich
- Hartmann, P. H. & Neuwöhner, U. (1999). Lebensstilforschung und Publikumssegmentierung. *Media Perspektiven* 10/99: 531–539.
- Helfferrich, C. (1993). Das unterschiedliche „Schweigen der Organe“ bei Frauen und Männern - subjektive Gesundheitskonzepte und „objektive“ Gesundheitsdefinitionen. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.) *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 35-65). Tübingen: dgut Verlag
- Helfferrich, C., (2001). Jugendliches Risikoverhalten aus geschlechtsspezifischer Sicht. In J. Raitchel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Erklärungen, Formen und Prävention* (S. 331-347). Opladen: Leske + Budrich
- Helmert, U. (2003). *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken*. Augsburg: MaroVerlag
- Hofmann, M. & Rink, D. (1996). Milieukonzepte, Sozialstrukturanalyse und Lebensstilforschung. In O. G. Schwenk (Hrsg.), *Lebensstil zwischen Sozialstrukturanalyse und Kulturwissenschaft*. Opladen: Leske + Budrich
- Hollstein, W. (2002). Der Mann als Täter und Opfer. Die Erkenntnisleistung der Männerforschung für den Kontext von Gesundheit und Krankheit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 53-66). Bern: Verlag Hans Huber
- Hradil, S. (1987). *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich
- Hradil, S. (1992). Alte Begriffe und neue Strukturen. Die Milieu-, Subkultur- und Lebensstilforschung der 80er Jahre. In: S. Hradil (Hrsg.), *Zwischen Bewußtsein und Sein. Die Vermittlung „objektiver“ Lebensbedingungen und „subjektiver“ Lebensweise* (S. 15-55). Opladen: Leske + Budrich
- Hradil, S. (1997a). *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus*. Opladen: Leske + Budrich
- Hradil, S. (1997b). *Lebenssituation, Umwelt und Gesundheit. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft*. Heft 88. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
- Hradil, S. (1999). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. 7. Auflage. Opladen: Leske + Budrich
- Hradil, S. (2009). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage (S. 35-53). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Joas, H. (1992). *Die Kreativität des Handelns*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Joas, H. & Knöbl, W. (2004). *Sozialtheorie - Zwanzig einführende Vorlesungen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Johannsen, H. (2000). *Sozialstruktur und Lebensstile. Ein empirischer Beitrag zur Strukturierungs-Entstrukturierungsdebatte*. Hamburg: Universität Hamburg, Studiengang Soziologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Kaesler, D. (Hrsg.). (1999). *Klassiker der Soziologie. Band 1. Von Auguste Comte bis Norbert Elias*. München: Beck

- Klein, T.; Schneider, S. & Löwel, H. (2001). Bildung und Mortalität. Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils. *Zeitschrift für Soziologie*, 30, 384-400.
- Kolip, P. (1997). *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen*. Opladen: Leske + Budrich
- Kolip, P. (2009). Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit. *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 45: Health Inequalities*, 57-70.
- Konietzka, D. (1995). *Lebensstile im sozialstrukturellen Kontext. Ein theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse soziokultureller Ungleichheiten*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Koppetsch, C. (2001). Milieu und Geschlecht. Eine kontextspezifische Perspektive. In A. Weiß, C. Koppetsch, A. Scharenberg & O. Schmidtke (Hrsg.), *Klasse und Klassifikation. Die symbolische Dimension sozialer Ungleichheit* (S. 109-137). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Korte, H. (1998). *Einführung in die Geschichte der Soziologie*. 4. Auflage (S. 27-43). Opladen: Leske + Budrich
- Lampert, T.; Saß, A. C.; Häfelinger, M. et al. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2009) Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage (S. 309-334). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Lampert, T.; Kroll, L. E.; Kuntz, B. et al. (2011). Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.) *Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland* (S. 247-258). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung
- Lechner, G. (1998). Ist die Erlebnisgesellschaft in Chemnitz angekommen? In P. A. Berger & M. Vester (Hrsg.), *Alte Ungleichheiten, neue Spaltungen* (S. 257-274). Opladen: Leske + Budrich
- Lohr, K. N. (Hrsg.). (1990). *Medicare – A strategy for quality assurance*. Washington, DC: Institute of Medicine
- Lüdtke, H. (1989). *Expressive Ungleichheit. Zur Soziologie der Lebensstile*. Opladen: Leske + Budrich
- Lüdtke, H. (1990). Lebensstile als Dimension handlungsproduzierter Ungleichheit. Eine Anwendung des Rational-Choice-Ansatzes. In P. A. Berger & S. Hradil (Hrsg.), *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Soziale Welt, Sonderband 7 (S. 433-454). Göttingen: Schwartz
- Lüdtke, H. (1995). *Zeitverwendung und Lebensstile. Empirische Analysen zu Freizeitverhalten, expressiver Ungleichheit und Lebensqualität in Westdeutschland*. Marburg: Marburger Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Forschung 5.
- Marx, K. (1957). *Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie*. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag
- McKeown, T. (1982). *Die Bedeutung der Medizin – Traum, Trugbild oder Nemesis*. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Verlag Hans Huber
- Müller, H.-P. (1992). *Sozialstruktur und Lebensstile. Der neuere theoretische Diskurs über soziale Ungleichheit*. Frankfurt/M.: Suhrkamp

- Müller-Schneider, T. (1994). *Schichten und Erlebnismilieus. Der Wandel der Milieustruktur in der Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag
- Müller-Schneider, T. (1996). Wandel der Milieulandschaft in Deutschland. Von hierarchisierenden zu subjektorientierten Wahrnehmungsmustern. *Zeitschrift für Soziologie*, 25, 3, 190-206
- Müller-Schneider, T. (2000). Stabilität subjektzentrierter Strukturen. Das Lebensstilmodell von Schulze im Zeitvergleich. *Zeitschrift für Soziologie*, 29, 361-374
- National Academy of Sciences. Institute of Medicine. (1988). *The Future of Public Health*. Washington
- Nideröst, S. (2007). *Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern*. Bern: Verlag Hans Huber
- Nowossadek, E. (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *GBE kompakt 3 (2)*. Verfügbar unter: [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Zugriff am: 11. April 2012)
- Otte, G. (1997). Lebensstile versus Klassen – welche Sozialstrukturkonzeption kann die individuelle Parteipräferenz besser erklären? In W. Müller (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit. Neue Befunde zu Strukturen, Bewusstsein und Politik* (S. 303-346). Opladen: Leske + Budrich
- Otte, G. (1998a). Auf der Suche nach „neuen sozialen Formationen und Identitäten“ - Soziale Integration durch Klassen oder Lebensstile? In J. Friedrichs (Hrsg.), *Die Individualisierungsthese* (S. 181-220). Opladen: Leske + Budrich
- Otte, G. (1998b). *Gesellschaftliche Wirkungen von Lebensstilen. Empirische Analysen zur Lebensstil- und Klassenstrukturierung von Parteipräferenzen und Mitgliedschaften in freiwilligen Vereinigungen*. Mannheim: Universität Mannheim, Fakultät für Sozialwissenschaften. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Otte, G. (1999). *Wohnen und Alltagskultur in Mannheim. Ergebnisbericht zur Bevölkerungsumfrage ‚Lebensstile in Mannheim 1999‘*. Mannheim: Universität Mannheim, Stadt- und Regionalforschung Rhein-Neckar.
- Otte, G. (2000). „Urlaub als lebensführungsspezifisches Investitionsverhalten.“ *Tourismus Journal* 4, 471-499.
- Otte, G. (2001). *Das Image der Stadt Mannheim aus Sicht ihrer Einwohner. Ergebnisbericht zu einer Bürgerbefragung für das Stadtmarketing in Mannheim*. Mannheim: Universität Mannheim, Stadt- und Regionalforschung Rhein-Neckar.
- Otte, G. (2005). Entwicklung und Test einer integrativen Typologie der Lebensführung für die Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Soziologie*, 34, 6, 442–467.
- Otte, G. (2008). *Sozialstrukturanalysen mit Lebensstilen. Eine Studie zur theoretischen und methodischen Neuorientierung der Lebensstilforschung*. 2. Auflage. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M. (2010). It does take two to tango! On the need for theory in research on the social determinants of health. *Int J Public Health*, 55, 457–458.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2006). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin



- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2008). Lebensführung und Sport. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2009). Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Gesundheitswesen*, 57, 140-144.
- Rosenbrock, R. (1997). Gemeindenaher Pflege aus Sicht von Public Health. *Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*, P97-203
- Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle"*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW: 7-149.
- Rosenbrock, R. & Kümpers, S. (2009). Primärprävention als Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage (S. 385-403). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Schelsky, H. (1965). *Auf der Suche nach Wirklichkeit. Gesammelte Aufsätze*. Düsseldorf, Köln
- Schilling, R. (2006). Selbsthilfe, Familie, soziales Umfeld und bürgerschaftliches Engagement. Über die Zusammenhänge von Selbsthilfeengagement, biografischer Entwicklung und sozialer Integration. Eine Studie auf der Basis exemplarischer Interviews mit Selbsthilfegruppen-Mitgliedern. In NAKOS (Hrsg.), *NAKOS EXTRA 35*. Verfügbar unter: [http://www.nakos.de/site/data/NAKOS\\_EXTRA35.pdf](http://www.nakos.de/site/data/NAKOS_EXTRA35.pdf) (Zugriff am: 11. Juli 2012)
- Schnell, R. (1994). *Graphisch gestützte Datenanalyse*. München: Verlag Oldenburg
- Schroth, Y. (1999). *Dominante Kriterien der Sozialstruktur. Zur Aktualität der Schichtungsstruktur von Theodor Geiger*. Münster: Lit
- Schulze, G. (1992). *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt/M., New York: Campus
- Siegrist, J.; Dragano, N. & von dem Knesebeck, O. (2009). Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage (S. 167-180). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- SIGMA (2000). *Lebenswelt und bürgerschaftliches Engagement. Soziale Milieus in der Bürgergesellschaft. Ergebnisse einer sozialempririschen Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg
- Simmel, G. (1983/1911). Die Mode. In G. Simmel. *Philosophische Kultur. Über das Abenteuer, die Geschlechter und die Krise der Moderne. Gesammelte Essays*. Berlin: Wagenbach
- Simmel, G. (2000/1901). *Philosophie des Geldes*. 5. Auflage. Frankfurt/M: Suhrkamp
- SINUS (1998). *Kurzbeschreibung der Sinus Milieus in Deutschland West 1996*. Heidelberg: SINUS. Unveröffentlichte Dokumentation
- SINUS (2009). Informationen zu den Sinus-Milieus. Verfügbar unter: [http://www.sinusinstitut.de/uploads/tx\\_mpdownloadcenter/informationen\\_2009\\_01.pdf](http://www.sinusinstitut.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/informationen_2009_01.pdf) (Zugriff am: 27. Juni 2012)
- Spellerberg, A. (1993). Lebensstile im Wohlfahrtssurvey 1993. Dokumentation zum Konzept und zur Entwicklung des Fragebogens. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Hektographiertes Manuskript.

- Sperlich, S. & Mielck, A. (2003). Sozialepidemiologische Erklärungsansätze im Spannungsfeld zwischen Schicht- und Lebensstilkonzeptionen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 11, 165-179
- Steinkamp, G. (1993). Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung. Kritik der sozial-epidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Sozial- und Präventivmedizin* 38, 111-122.
- Strauss, A. (1974). *Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität*. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Townsend, P. & Davidson, M. (1988). The Black Report. In P. Townsend, N. Davidson & M. Whitehead (Hrsg.), *Inequalities in Health: The Black Report and The Health Divide*. Penguin, Harmondsworth
- Vester, M. (1997). Soziale Milieus und Individualisierung. Mentalitäten und Konfliktlinien im historischen Wandel. In U. Beck & P. Sopp (Hrsg.), *Individualisierung und Integration. Neue Konfliktlinien und neuer Integrationsmodus?* (S. 99-123). Opladen: Leske + Budrich
- Vester, M.; Oertzen, P. v.; Geiling, H.; Hermann, T. & Müller, D. (1993). *Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung*. Köln: Bund
- Vester, M.; Oertzen, P. v.; Geiling, H.; Hermann, T. & Müller, D. (2001). *Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung*. Vollständig überarbeitete, erweiterte und aktualisierte Fassung. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Vester, M. (2009). Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit. *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 45: *Health Inequalities*, 36-56.
- Vester, M. (2012). Partizipation, sozialer Status und Milieus. In R. Rosenbrock & S. Hartung (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S. 40-56). Bern: Verlag Hans Huber
- Wahl, A. (1997). *Strukturierte Pluralität. Lebensstile zwischen vertikalen Strukturbedingungen und intervenierenden Faktoren*. Frankfurt/M.: Lang
- Wahl, A. (2003). *Die Veränderung von Lebensstilen. Generationenfolge, Lebenslauf und sozialer Wandel*. Frankfurt/M.: Campus
- Weber, M. (1972/1922). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriß der verstehenden Soziologie*. 5., revidierte Auflage. Tübingen: Mohr
- Weber, M. (1988/1920). *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie*. 9. Auflage. Tübingen: Mohr
- Wenzel, O. (1999). *Erlebnismilieus? Die empirische Umsetzung des Milieumodells von Gerhard Schulze*. Arbeitspapiere des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft, Nr. 186. Wuppertal: Bergische Universität
- Whitehead, M. (1988). The Health Divide. In P. Townsend, N. Davidson & M. Whitehead (Hrsg.), *Inequalities in Health: The Black Report and The Health Divide*. Penguin, Harmondsworth
- Wippermann, C. (2009): Lebensstile und Milieus: Einflüsse auf die Gesundheit. In Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.) *Volkskrankheiten. Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft* (S. 143-156).
- World Health Organization [WHO]. (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Gamburg: Conraf
- Zapf, W. & Habich R. (1996). *Wohlfahrtsentwicklung im vereinten Deutschland. Sozialstruktur, sozialer Wandel und Lebensqualität*. Berlin: edition sigma

## **Eigenständigkeitserklärung und Genehmigung der Einsichtnahme**

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig verfasst und keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wort und dem Sinn nach anderen Werken (dazu zählen auch Internetquellen) entnommen sind, wurden unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Mit der Einsichtnahme meiner Masterarbeit durch Studierende des Masterstudiums „Public Health: Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie mit der Veröffentlichung des Abstracts auf den Internetseiten des Arbeitsbereichs, erkläre ich mich einverstanden.

Berlin, den 07. September 2012

