

WARUM MÜSSEN ARME MENSCHEN FRÜHER STERBEN?

Ein medizin-soziologischer Überblick über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit



Prof. Dr. Christian Janßen

*Hochschule für angewandte Wissenschaften München
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
Prävention und Gesundheitsförderung*

In dem vorliegenden Beitrag soll der Zusammenhang zwischen der sozialen Stellung eines Menschen in der Gesellschaft und den sich daraus ergebenden Folgen für seine individuelle Gesundheit untersucht werden. Da die Debatte über diese Thematik in der letzten Zeit in der Öffentlichkeit stark zugenommen hat, dabei aber häufig stark emotionalisiert geführt wird, soll der Versuch unternommen werden, dieses durchaus komplexe Thema auf wissenschaftlicher Basis zu beleuchten. Die Differenzierung der menschlichen Gesellschaft ist ein Phänomen, das bereits aus frühesten Gesellschaftsformen bekannt ist: Die Einteilung einer sozialen Gruppe in ein „Unten“, eine „Mitte“ und ein „Oben“ sowie die diesbzgl. Wahrnehmung der eigenen Position scheint eine menschliche Eigenschaft zu sein, welcher eine nicht unerhebliche Rolle im Rahmen der sozialen Evolution zukommt. Insbesondere die moderne Schichtengesellschaft, welche einen sozialen Aufstieg, aber auch Abstieg über Bildung, Beruf und Einkommen ermöglicht, sorgt über die Leistung des Einzelnen zu Staterwerb und -sicherung für die Weiterentwicklung der Gesellschaft insgesamt. Unabdingbare Voraussetzung für diesen Wettbewerb um soziale Stellungen

ist jedoch, dass alle die gleichen gesundheitlichen Startchancen und Begleitumstände besitzen – eine Frage der sozial gerechten Verteilung von Gesundheit und Krankheit.

Die Erforschung von Einflussfaktoren auf sozial ungleich verteilte Erkrankungs- und Sterberisiken in modernen Gesellschaften bildet seit langem ein Kernthema der Medizin- und Gesundheitssoziologie. Frühe grundlegende Untersuchungen von Antonovsky (1967), Hinkle et al. (1968) und Kitagawa & Hauser (1973) in den USA stellten bereits fest, dass die Verteilung chronischer und weit verbreiteter Volkskrankheiten sowie vorzeitiger Sterblichkeit einem sogenannten sozialen Gradienten folgt: Je niedriger der sozio-ökonomische Status eines Menschen, gemessen über seine Bildung, seine berufliche Tätigkeit sowie sein Einkommen, desto höher ist sein Risiko, an einer chronischen Krankheit zu leiden bzw. vorzeitig - im Vergleich zur durchschnittlichen Lebenserwartung - zu versterben. Dieser sogenannte „soziale Gradient“ bei Morbidität und Mortalität (siehe Abbildung 1) ist heute in allen Industrieländern, aus denen diesbzgl. Untersuchungen vorliegen, belegt (Siegrist & Marmot 2006).

Abbildung 1: Sozialer Gradient von Morbidität & Mortalität



Die Tatsache, dass die Lebenserwartung in Deutschland zwischen den 25 Prozent mit dem höchsten im Vergleich zu den 25 Prozent mit dem niedrigsten Einkommen bis zu zehn Jahren bei Männern bzw. fünf Jahren bei Frauen differiert (siehe Tabelle 1), verweist auf ein gesundheitspolitisch hochrelevantes Problem - auch in unserem Land. Dass es zudem Hinweise darauf gibt, dass diese sozialen Unterschiede in Morbidität und Mortalität europaweit wieder weiter zunehmen (Mackenbach 2006), belegt darüber hinaus die Aktualität dieser Befunde.

Tabelle 1: Lebenserwartung ab Geburt (Reil-Held 2000)

	Lebenserwartung (in Jahren)	
	Männer	Frauen
Nach Stat. Bundesamt	74	80
Äquivalenz-Einkommen		
a) > Mittelwert	81	85
a) < Mittelwert	77 (-4)	83 (-2)
b) obere 25 %	82	86
b) untere 25 %	72 (-10)	81 (-5)

Daten: Sozioökonomisches Panel, 1984-1987, Deutsche ab 50 Jahre

Für verschiedene Volkskrankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck oder Krebserkrankungen ist ebenfalls ein sozialer Schichtgradient belegt (Mielck 2000). Auch die subjektive Lebensqualität (Bullinger & Kirchberger 1998) ist sozial ungleich verteilt (Janßen et al. 2007). Besonders betroffen von statusbedingten gesundheitlichen Benachteiligungen sind die Altersgruppen der frühen Kindheit von null bis zehn Jahren sowie die der mittleren Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren. In der Pubertät und im Alter scheinen sich die Unterschiede dagegen weniger bemerkbar zu machen (Kuh & Ben-Shlomo 2004). Bei Männern wiederum wirkt sich der soziale Status, gemessen z. B. über Einkommen, (noch) stärker auf die Gesundheit aus als bei Frauen (Arber &

Thomas 2001). Im Allgemeinen kann man statusbezogene Unterschiede zu Ungunsten der niedrigeren Schichten in der Häufigkeit der für die Volksgesundheit wichtigsten chronischen Krankheiten finden wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, Depressionen, Lungenkrebs, Atemwegserkrankungen, Leberzirrhose, Adipositas, sexuell übertragbaren Krankheiten sowie bei Selbstmord und gewaltsamen Todesursachen (Bundesregierung 2005). Weniger ausgeprägt findet man diese bei den meisten Krebserkrankungen, Magen-Darm-Krankheiten und neurologischen Störungen. Eine geringe Zahl zumeist weniger ernsthafter Erkrankungen wird zudem in höheren sozialen Schichten häufiger festgestellt, dazu gehören z. B. Allergien und Asthma (Siegrist & Marmot 2006).

Im relativ wohlhabenden Deutschland sind trotz eines ausgebauten sozialen Sicherungssystems immer noch teilweise extreme Formen von Armut vorhanden. Die davon Betroffenen verfügen in der Regel nur über äußerst eingeschränkte Handlungsspielräume und gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten. Solche Einschränkungen resultieren vor allem aus Langzeitarbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Drogen- oder Suchtmittelgebrauch, Straffälligkeit oder eben gesundheitlichen Einschränkungen, häufig auch in Kombination. Hinzu kommt oftmals, dass unterstützende sozialstaatliche Maßnahmen durch diese Personen nicht in ausreichendem Maße in Anspruch genommen bzw. nur noch schwer von diesen erreicht werden können (Schulz-Nieswandt et al. 2006). Diese sogenannte „absolute Armut“ spielt in Deutschland jedoch zumindest in Bezug auf die Häufigkeit eine geringere Rolle als die sogenannte „relative Armut“. Nach der Definition des Statistischen Amtes der Europäischen Union gilt als armutsgefährdet, wer in einem Haushalt lebt, dessen Äquivalenzeinkommen weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens in der gesamten Bevölkerung beträgt (Europäische Kommission 2004). In Deutschland hat die medizin-soziologische Forschung zu den gesundheitlichen Folgen dieser Thematik erst relativ verspätet eingesetzt. Dies ist einerseits eine Folge der schwierigen Datenlage aufgrund nationaler restriktiver Datenschutzregelungen, andererseits ein Ergebnis der späten Anbindung des Faches an die internationale Entwicklung. Seit 2000 wird das Thema in umfangreichen deutschsprachigen Sammelbänden (Mielck 2000; Richter & Hurrelmann 2006; Janßen, Borgetto & Heller 2007) breiter untersucht. Das Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ erscheint zunächst als äußerst komplex, da im Allgemeinen verschiedenste Komponenten der sozialen Ungleichheit und ihr Zusammenhang mit Gesundheit darunter verstanden werden. So können z. B. unter sozialer Ungleichheit horizontale – d.h. in der Regel „eher nicht als ungerecht“ empfun-

ne - Ungleichheiten wie Alter und Geschlecht, aber auch vertikale – häufig auch als „eher ungerecht“ empfundene - Ungleichheiten wie der soziale Status, definiert über Beruf, Bildung und Einkommen, untersucht werden. Zur Analyse der horizontalen Ungleichheit sei an dieser Stelle auf jüngste umfassende Arbeiten zu diesem Thema verwiesen (Knesebeck 2005, Richter 2005, Babitsch 2005). Im Mittelpunkt der vorliegenden Übersicht steht jedoch die sogenannte vertikale, d.h. mit einem „Oben“, einer „Mitte“ und einem „Unten“ verbundene Ungleichheit definiert über den sozialen Status bzw. die soziale Schicht. Diese Begriffe werden im folgendem synonym verwendet, denn trotz ihrer theoretisch unterschiedlichen Bedeutung kann soziale Schicht als eine gruppierte Form des sozialen Status verstanden werden (Janßen et al. 2009).

Insbesondere vier medizin-soziologische Modelle zur individuumsbezogenen Erklärung sozial differierender Mortalität bzw. Morbidität wurden in der medizin-soziologischen Forschung der letzten 30 Jahre vorrangig untersucht:

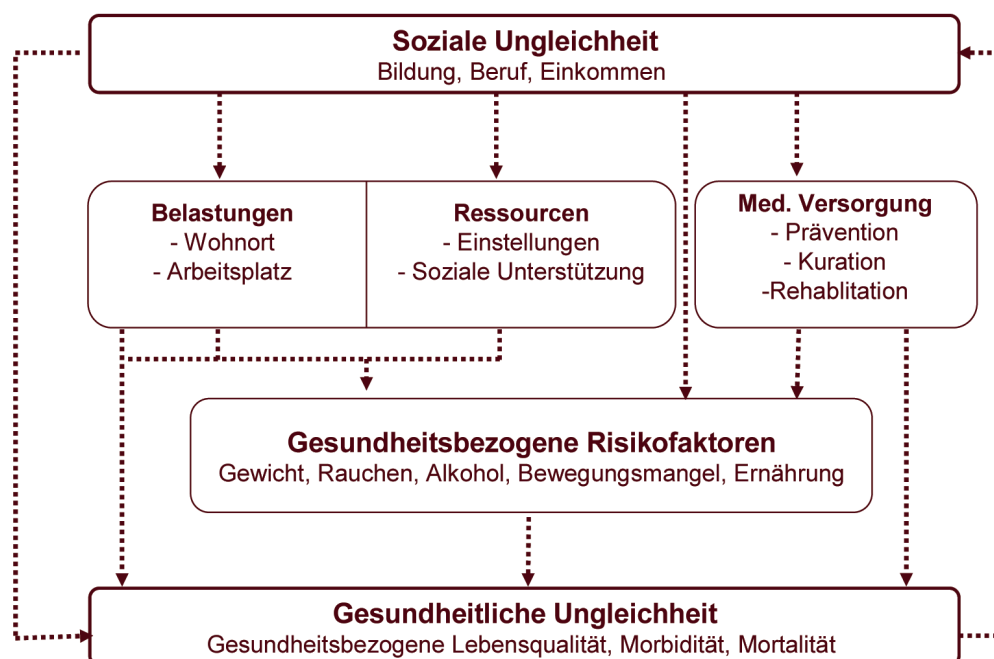
- 1) das Modell der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck 2000),
- 2) das Modell der sozialen Unterstützung (Pfaff 1989),
- 3) das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 2002) sowie
- 4) das Modell der beruflichen Anforderung und Kontrolle (Karasek & Theorell 1990).

Zur Erklärung des sozialen Schichtgradienten von Lebensqualität, Morbidität und Mortalität erscheint das Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit von Mielck (2000) am vollständigsten zu sein.

In diesem Modell (siehe nachfolgende Abbildung 2) wird davon ausgegangen, dass Menschen mit weniger Bildung, geringer qualifizierten Berufen sowie geringerem Einkommen höhere Belastungen am Wohnort und am Arbeitsplatz sowie weniger Ressourcen wie gesundheitsförderliche Einstellungen und soziale Unterstützung aufweisen als Mittelschicht- und diese wiederum als Oberschichtangehörige. Außerdem werden sie - so das Modell - tendenziell durch das medizinische Versorgungssystem eher schlechter versorgt und weisen ein insgesamt

ungesünderes Verhalten auf als Mittelschicht- und diese wiederum ungesünder als Oberschichtangehörige. Dabei sind auch direkte Pfade in diesem Modell vorgesehen: Zum einen kann eine länger andauernde chronische Erkrankung ihrerseits zu einem sozialen Abstieg z. B. durch den damit verbundenen Arbeitsplatz- bzw. Einkommensverlust führen („Krankheit macht arm“). Dieser Pfad wird jedoch in einem Wohlfahrtsstaat wie Deutschland durch verschiedene Versicherungsformen (Kranken-, Arbeitslosen-, Renten- & Pflegeversicherung) relativ abgepuffert. Der Pfad, welcher direkt von sozialer Ungleichheit auf gesundheitliche Ungleichheit gerichtet ist, ist vom Verfasser dieses Beitrags neu eingefügt und umfasst die direkten sozial-anthropometrischen Zusammenhänge zwischen sozialem Status und biologischen Parametern. Bereits MacIntyre (1988) und Nyström & Vagerö (1989) konnten nachweisen, dass eine Sozialgruppe eine umso größere durchschnittliche Körperhöhe aufweist, je höher sie in der sozialen Rangordnung steht. Helmert (1994) kommt bei einer Analyse der Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventions-Studie (DHP) für Deutschland zu ähnlichen Ergebnissen. An dieser Stelle sei noch angemerkt, dass dieses Modell zur Analyse des Zusammenhangs zwischen sozialen und gesundheitsbezogenen Faktoren der Erwerbsbevölkerung gedacht ist. Spezielle Gruppen wie Nicht-Berufstätige, Kinder, Rentner oder Arbeitslose bedürfen anderer spezifischer Modelle, da z. B. bei den Letztgenannten die „Arbeitslosigkeit“ als sozialer Tatbestand eine so existentielle und zentrale Rolle einnimmt, dass viele andere Einflussfaktoren zumindest für die Dauer der Arbeitslosigkeit davon in ihrer Wirkung eingeschränkt werden.

Abbildung 2: Soziale Ungleichheit und Gesundheit (in Anlehnung an A. Miel)



Das Modell zeigt in Anlehnung an das Modell von Mielck (2000) die verschiedenen Bereiche sowie Einflusspfade des Zusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Die verschiedenen Bereiche bzw. die dazu vorliegende Datenlage sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Soziale Unterschiede in den gesundheitsbezogenen Belastungen

Unter dem Stichwort „Umweltgerechtigkeit“ wird seit geraumer Zeit diskutiert, ob die Belastungen durch Lärm und Luftverschmutzung am Arbeitsplatz oder am Wohnort sozial gleich und gerecht verteilt sind (Bolte & Mielck, 2004). Auch wenn die Datenlage zu diesbezüglichen Zusammenhängen bisher zumindest in Deutschland eher noch spärlich ist, so kann doch als hinreichend belegt angesehen werden, dass Art und Qualität der Wohnung (z. B. Zahl der zur Verfügung stehenden Quadratmeter, Art der Beheizung sowie Schimmelbefall) sowie der Verhältnisse in der direkten Wohnumgebung (Lärm- und Staubbelastung durch Straßenverkehr) für sozial Benachteiligte und insbesondere deren Kinder signifikant ungesünder ausgestaltet sind (Bolte & Mielck 2004).

Die Hypothese, dass Angehörige unterer sozialer Schichten häufiger gesundheitlich belastenden physischen, psychischen sowie sozialen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind, wird in letzter Zeit ebenfalls vermehrt diskutiert. Arbeitsbelastungen könnten in diesem Kontext vor allem dann ein erklärender Faktor sein, wenn sie sich mitsamt ihren negativen Gesundheitsfolgen in den sozial benachteiligten Schichten anhäufen, etwa weil deren Arbeitsplätze durch körperlich-bedrohliche Unfallgefahren, Job-Unsicherheit oder niedrige Belohnung gekennzeichnet sind. Die bisherigen diesbzgl. Befunde sind aber eher inkonsistent (Dragano 2007). Einige Studien bestätigten vermehrten arbeitsbedingten Stress in unteren sozialen Schichten, während in einer aktuellen Übersichtsarbeit mit Daten aus fünf großen internationalen epidemiologischen Untersuchungen keine Schichtunterschiede in die erwartete Richtung gefunden wurden (Siegrist et al. 2004).

Soziale Unterschiede in den gesundheitsbezogenen Ressourcen

Eine gesundheitsförderliche Einstellung wird im Allgemeinen als positiver Einflussfaktor für die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten eines Menschen und somit als Ressource interpretiert. Die For-

schung über jene Persönlichkeitsdeterminanten, welche gesundheitsrelevantes Verhalten sowie gesundheitsbezogene Kognitionen bestimmen, wird u. a. durch das Konzept der sogenannten „gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen“ geleitet. Es beruht auf der sozialen Lerntheorie von Rotter (1966) und wurde erstmalig von Wallston et al. 1976 unter dem Begriff „Health Locus of Control (HLC)“ auf Gesundheit angewendet. Grob erklärt unterscheidet dieses Modell zwischen Menschen, die ihre Gesundheit eher in ihrer eigenen, d. h. internalen Kontrolle wännen und Menschen, die glauben, dass ihre Gesundheit stärker durch andere, d.h. externale Mächte wie z. B. das Schicksal



oder die medizinische Betreuung beeinflusst werden. In verschiedenen Studien konnten signifikante Zusammenhänge zwischen sozialem Status und Kontrollüberzeugungen gefunden werden. Die Zusammenhänge zeigten, dass Menschen mit einem eher niedrigen Status eine größere Wahrscheinlichkeit hatten, external eingestellt zu sein und Menschen mit einem eher höheren Status eher internal; darüber hinaus gilt als belegt, dass eine internale Einstellung mit einem eher gesundheitsförderlichen Verhalten verbunden ist. (Janßen et al. 2000, Janßen 2001). Eine andere wesentliche Ressource bei der Aufrechterhaltung von Gesundheit bzw. Bewältigung von Krankheit ist die soziale Einbettung eines Menschen in seine direkte

Umgebung. Die Qualität des sozialen Netzwerkes eines Menschen kann dabei durch Aspekte wie Zahl, Intensität, Dauerhaftigkeit sowie Wechselseitigkeit vorhandener persönlicher Beziehungen beschrieben werden. Die Inhalte sozialer Beziehungen können dabei sehr vielfältig sein: Zuneigung, Liebe, Vertrauen, Anteilnahme, Wertschätzung, Bestätigung, Information, Mithilfe, Pflege, materielle Hilfe, Signale der Zugehörigkeit und des sozialen Rückhalts, Sinnstiftung und Solidarität. Diese Unterstützungsleistungen können wiederum in zwei grundsätzliche Kategorien eingeteilt werden: emotionale Unterstützung (z.B. Zuneigung, Mitgefühl) und instrumentelle Unterstützung (Rat, Information, materielle Hilfe). Man unterscheidet darüber hinaus objektiv geleistete Unterstützung von wahrgenommener Unterstützung, wobei diese sowohl die Wahrnehmung empfangener bzw. verfügbarer Unterstützungsleistungen als auch die globale Einschätzung des zur Verfügung stehenden Unterstützungspotentials beinhaltet (Janßen, Ommen & Pfaff 2007).

Das soziale Unterstützungsmodell nach Pfaff (1989) setzt sich aus vier Thesen zusammen:

- 1) Stressoren können die Gesundheit beeinträchtigen (Belastungsthese);
- 2) soziale Unterstützung beugt der Entstehung von Belastungen vor (Präventionsthese);
- 3) soziale Unterstützung puffert gewissermaßen die gesundheitsbeeinträchtigenden Wirkungen der Stressoren und fängt sie ab, bevor sie schädigend wirken können (Pufferthese);
- 4) Unterstützung fördert direkt Gesundheit und Wohlbefinden (Direkteffektthese).

Die positive Wirkung sozialer Integration und wahrgenommener Unterstützung beruht unter anderem darauf, dass soziale Beziehungen das Denken, Fühlen und Handeln positiv regulieren, ein gesundheitsförderliches Gefühl von Bedeutung und Zusammenhalt vermitteln, gesundheitsförderliches Verhalten fördern können, die Bewältigung von Belastungen ermöglichen, das Selbstwertgefühl heben, die Kontrollüberzeugung stärken, das Immunsystem positiv beeinflussen und emotional und physiologisch stabilisieren (Janßen, Ommen & Pfaff 2007). Im Gegensatz zu manch sozialromantischer Vorstellung einer besonderen Unterstützungsqualität sozialer Netzwerke in den sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten zeigen Untersuchungen, dass Menschen mit höherer Bildung und einem höheren Einkommen in der Regel auch die besseren Unterstützungsbeziehungen haben. Ihre Netzwerke sind tendenziell größer, räumlich weiter gestreut, enthalten mehr Freundschaftsbeziehungen und vermitteln insbesondere mehr an kognitiv-emotionalen Formen der sozialen Unterstützung (Pescolido & Levy 2002).

Soziale Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Versorgung

Es ist sowohl eine interessante wissenschaftliche aber vor allem auch eine wichtige politische Frage, ob in unserem medizinischen Versorgungssystem sozial ungerecht behandelt wird. Um in dieser häufig sehr emotional geführten Diskussion zu einem eher sachlich-empirisch fundierten Überblick über Zusammenhänge des sozialen Status mit der Inanspruchnahme und Leistungserbringung des Gesundheitsversorgungssystems in Deutschland zu kommen, wurde vom Verfasser dieses Beitrags 2009 eine systematische Literaturrecherche durchgeführt (Janßen et al. 2009). Dazu wurde anhand von groben Schlagworten in allen relevanten wissenschaftlichen Datenbanken nach Veröffentlichungen seit dem Jahr 2000 gesucht, die über empirische Ergebnisse zum Thema „Soziale Ungleichheit und Versorgung in Deutschland“ berichten. Anhand der so gefundenen 35 empirischen Studien kann konstatiert werden, dass sich die Versorgung in Deutschland für alle sozialen Schichten bisher – auch und gerade im internationalen Vergleich - auf einem relativ hohen Niveau befindet. Die medizinische Versorgung in Kuration und Rehabilitation unterscheidet sich bei den gefundenen Studien kaum nach sozialer Schicht, so dass die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den sozialen Schichten in Deutschland nicht direkt auf eine unterschiedliche Behandlung durch das Versorgungssystem in diesen Bereichen zurückgeführt werden können. Dennoch trägt das derzeitige Versorgungssystem auch nicht dazu bei, die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu kompensieren. So müssten gerade in der Prävention schichtspezifische Maßnahmen getroffen werden, um entstehende gesundheitliche Unterschiede zwischen den Schichten besser als bisher ausgleichen zu können. Angesichts der notwendigen Umgestaltung des gesundheitsbezogenen Versorgungssystems und der oben genannten Befunde ist unbedingt darauf zu achten, dass die Versorgung weiterhin für alle sozialen Schichten in etwa gleicher Qualität zur Verfügung steht. Zudem sollte ein sozial gerechtes Versorgungssystem auch in Zukunft den Anspruch erheben, einen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zu leisten. An dieser Stelle sei angemerkt, dass durch eine häufige zeitliche Verzögerung von nicht selten Jahren, mit der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien publiziert werden, aktuelle Veränderungen und deren Folgen im medizinischen Versorgungssystem auf diese Art und Weise nicht erfasst werden können.

Unterschiede im Gesundheitsverhalten

Die zentrale Bedeutung von Verhalten auf die individuelle Gesundheit ist heute vielfach belegt: Laut einer Einschätzung der WHO sind ca. 70 bis 80 Prozent aller Todesfälle auf die sogenannten „dirty five“ der Sozial-Epidemiologie zu hohes Gewicht, Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung zurückzuführen (WHO, 2002). Die meisten dieser Risikofaktoren kommen als sogenannte mixed patterns (Blaxter 1990) vor, Janßen et al. (1999) entwickelten deswegen einen sogenannten **GRABE**-Index, der in der Lage ist, komplexes ungesundes Verhalten (Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Fehlernährung) bzw. Risikofaktoren (Übergewicht) als Gesundheitsverhaltensmuster zu erfassen. Dass die meisten dieser Risikofaktoren sozial ungleich verteilt sind, ist seit langem eindrucksvoll publiziert: Menschen mit einem eher niedrigeren sozialen Status üben in der Regel die ungesünderen Verhaltensweisen aus bzw. sind signifikant übergewichtiger und adipöser, nur bei Alkoholkonsum zeigt sich, dass bei einem Vergleich der konsumierten Alkoholmenge keine sozialen Unterschiede auftreten. Weitergehende Analysen des Bundesgesundheits surveys von 1998 durch Wolf (2002) belegen zudem eindrucksvoll, dass im Vergleich zu dem für die Gesundheit höchst relevanten Risikofaktor Rauchen der größere soziale Schichtgradient bei Adipositas gegeben ist. Vor allem die wachsende Zahl adipöser Kinder und Jugendlicher sowie fehlendes Problembewusstsein bei männlichen Adipösen in sozial benachteiligten Schichten (von Lengerke, Janßen & John 2006) gibt hier Anlass zur Sorge. Dieser Umstand ist umso alarmierender, wenn man weiß, dass männliche Adipöse aus sozial höheren Statusgruppen signifikant unzufriedener mit ihrem Gewicht im Vergleich zu Adipösen aus eher niedrigeren sozialen Statusgruppen sind (von Lengerke et al. 2005).

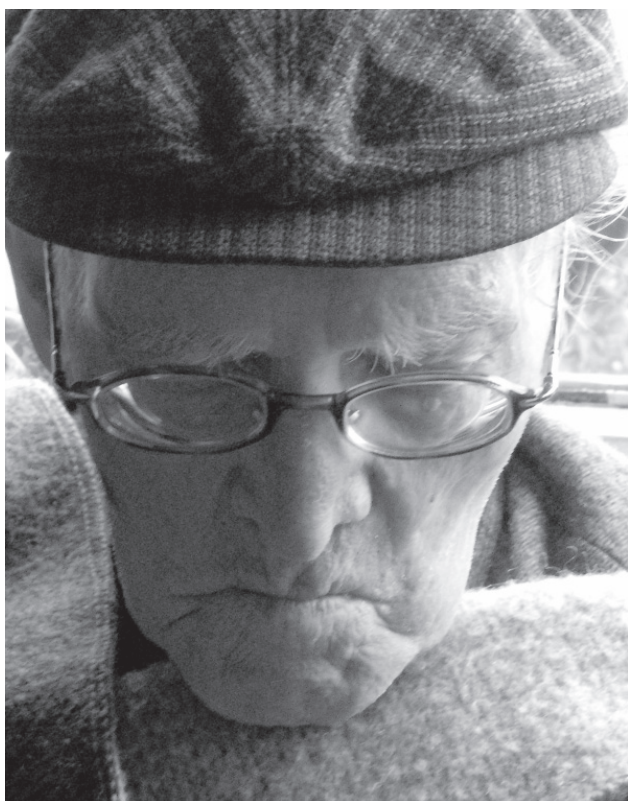
Zusammenfassung, Fazit und Ausblick

Innerhalb der sozial-epidemiologischen Forschung sind mittlerweile zahlreiche nationale und internationale Befunde publiziert worden, die konstant einen sozialen Statusgradienten für Krankheit und Sterblichkeit zeigen: Je privilegierter die soziale Stellung eines Menschen innerhalb seiner Gesellschaft ist, desto geringer ist seine Erkrankungswahrscheinlichkeit und desto länger ist seine Lebenserwartung. Zur Erklärung dieses Unterschiedes können verschiedene sozialwissenschaftliche Modelle herangezogen werden, von denen das Modell zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit von Mielck (2000) am

vollständigsten zu sein scheint. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass sozial Benachteiligte weniger Wissen, Einfluss, Prestige und Geld zur Verfügung haben als Mittel- und Oberschichtangehörige. Diese geringere Teilhabe an sozialen Ressourcen führt dazu, dass Unterschichtangehörige höhere gesundheitliche Belastungen, geringere Bewältigungsressourcen, schlechtere medizinische Versorgung und ungesünderes Verhalten aufweisen. Dabei sind in dem Modell auch direkte Pfade in der Form vorgesehen, dass zum einen eine Erkrankung ihrerseits zu einem sozialen Abstieg führen und zum anderen eine soziale Benachteiligung direkt mit einer schlechteren biologischen Ausstattung verbunden sein kann. Aus den ausgeführten Befunden kann für die politische Debatte vor allen Dingen gefolgert werden, dass eine erfolgreiche Bekämpfung des sozialen Gradienten bei Krankheit und Tod auf allen drei Ebenen ansetzen muss: der Makro-Ebene (Unterschiede bei Bildung, Beruf und Einkommen), der Meso-Ebene (gesundheitlich relevante Unterschiede am Wohnort und am Arbeitsplatz, bei Ressourcen und im medizinischen Versorgungssystem) sowie auf der Mikro-Ebene (gesundheitsbezogene Risikofaktoren: Gewicht, Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel und Übergewicht). Insbesondere bei der Schul-, Aus- und Weiterbildung müssen in Deutschland wieder verstärkte Anstrengungen unternommen werden, um alle Bevölkerungsgruppen am gesellschaftlichen Fortschritt teilhaben zu lassen. Die PISA-Ergebnisse und der häufig von den deutschen Arbeitgebern beklagte Fachkräftemangel weisen aus Sicht des Verfassers auf nationale Fehlentwicklungen im Bildungssektor in den letzten Jahrzehnten hin. Die scheinbar immer stärker auseinanderklaffenden Einkommensverhältnisse sind ein weiterer Beleg dafür, dass auch hier ein dringender Bedarf einer erneuten Debatte über die zukünftige Verteilungsgerechtigkeit in Deutschland besteht (Kirchhof 2009).

Direkte Ansatzmöglichkeiten der Verbesserung durch verhältnispräventive Maßnahmen am Wohnort, am Arbeitsplatz sowie in der Freizeit sind mit relativ wenig Aufwand implementierbar und werden zur Zeit auch bereits eingesetzt (Gostomzyk & Enke 2010). So werden Maßnahmen der baulichen Verbesserung von Wohnungen aber auch der städtebaulichen Planung in Deutschland bereits heute relativ häufig und frühzeitig durchgeführt. Am Arbeitsplatz ist insbesondere der betrieblichen Gesundheitförderung wieder mehr Aufmerksamkeit zu wünschen, liegen hier doch große Potentiale für die Gesundheit der Beschäftigten und somit gleichzeitig auch der wirtschaftlichen Konkurrenzfähigkeit der Unternehmen (Köhler et al. 2010). Im Hinblick auf Ressourcen zur Gesundheitserhaltung bzw. Krankheitsbewältigung ist in den letzten Jahren

der Begriff des „sozialen Kapitals“ in die medizin-soziologische Analyse wieder vermehrt eingeführt worden (Berkman & Kawachi 2000). Dabei handelt es sich um das (institutionalisierte) Ausmaß an gegenseitiger Hilfe innerhalb einer Gesellschaft (z.B. durch Nachbarschaftshilfen, Sportvereine, Wohltätigkeitsveranstaltungen), sowie um das Vertrauen, das man sich in einer sozialen Bezugsgruppe (z.B. Nachbarschaft) entgegenbringt, und um die Gültigkeit von Normen innerhalb einer Gruppe (z.B. Wechselseitigkeit von sozialen Beziehungen). In diesem Bereich liegen große Potentiale zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung von sozial Benachteiligten Menschen wie z. B. erfolgreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen im setting-Ansatz zeigen (Trojan & Leggewie 2007).



Angesichts der durch den demographischen Wandel notwendig werdenden Umgestaltung des gesundheitsbezogenen Versorgungssystems ist unbedingt darauf zu achten, dass die kurative und rehabilitative Versorgung weiterhin von allen sozialen Schichten bei etwa gleicher Qualität auf hohem Niveau in Anspruch genommen werden kann. Bei der Prävention zeigen aber bereits jetzt empirische Befunde, dass diesbezügliche Maßnahmen wesentlich zielgruppenorientierter gestaltet sein müssen, damit sie diejenigen in unserer Gesellschaft auch erreichen, die sie am dringendsten benötigen. Ein sozial gerechtes Versorgungssystem sollte auch in Zukunft den Anspruch erheben, einen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Un-

gleichheit in allen Bereichen der medizinischen Versorgung zu leisten. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten anhand eines noch zu erhebenden Datensatzes aufgrund einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung das gesamte Modell einer empirischen Validierung unterziehen, woraus auch Aussagen zur Gewichtung der einzelnen Bereiche abgeleitet werden könnten. Keiner der bereits vorliegenden Datensätze mit repräsentativem Bevölkerungsbezug (Mikrozensus, Bundesgesundheitsurvey, SOEP) deckt alle Bereiche des weiter oben beschriebenen Modells nach Mielck (2000) ausreichend ab, um die Güte des Modells valide und reliabel berechnen zu können. Darüber hinaus könnten mit diesem Datensatz getrennte Modelle nach Geschlecht und verschiedenen Altersgruppen berechnet werden, um sowohl dem gender-bias und der damit verbundenen Forderung nach einer geschlechtersensitiven Auswertung, als auch der unterschiedlichen Bedeutung von sozialen Faktoren in unterschiedlichen Altersgruppen Rechnung zu tragen. Die Ergebnisse könnten somit zur Ressourcenoptimierung bei der Verbesserung der gesundheitsbezogenen und medizinischen Versorgung - insbesondere bei sozial Benachteiligten - herangezogen werden und zu einem besseren Verständnis über die unterschiedliche Rolle sozialer Faktoren bei Männern und Frauen sowie in unterschiedlichen Lebensphasen in Bezug auf den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beitragen.

Der Beitrag ist eine stark gekürzte Fassung der bisher unveröffentlichten kumulativen Habilitationsschrift des Verfassers an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Weiterführende Literatur:

- Babitsch, B. (2005): *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern: Huber
- Bolte, G. & Mielck, A. (Hrsg.) (2004): *Umweltgerechtigkeit - Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*. Weinheim und München: Juventa
- Dragano, N. (2007): *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten - Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht*. Wiesbaden: VS-Verlag
- Janßen, C., Borgetto, B., Heller, G. (2007): *Medizinsoziologische Versorgungsforschung: Theoretische Ansätze, Methoden und Instrumente sowie ausgewählte Ergebnisse*. Weinheim & München: Juventa
- Knesebeck, O. v. d. (2005): *Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen*. Bern: Huber
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber-Verlag
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS-Verlag
- Richter, M. (2005): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter*. Wiesbaden: VS Verlag
- Siegrist, J., & Marmot, M. (eds.) (2006): *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*. Oxford: University Press