

Matthias Richter
Klaus Hurrelmann (Hrsg.)

Gesundheitliche Ungleichheit

Grundlagen, Probleme,
Perspektiven

2., aktualisierte Auflage

ARBEIT GRENZEN POLITIK HANDLUNG METHODEN GEWALT SPRACHE WISSEN
SCHAFTE DISKURS SCHICHT MOBILITÄT SYSTEM IDENTITÄT KONTROLLE
ZEIT ELITE KOMMUNIKATION WIRTSCHAFT GERECHTIGKEIT STADT WERTE
RISIKO ERZIEHUNG GESELLSCHAFT RELIGION UMWELT SOZIALISATION
RATIONALITÄT VERANTWORTUNG MACHT PROZESS LEBENSSTIL DELIN



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Matthias Richter · Klaus Hurrelmann (Hrsg.)

Gesundheitliche Ungleichheit

Matthias Richter
Klaus Hurrelmann (Hrsg.)

Gesundheitliche Ungleichheit

Grundlagen, Probleme,
Perspektiven

2., aktualisierte Auflage



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

1. Auflage 2006
- 2., aktualisierte Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009

Lektorat: Frank Engelhardt

VS Verlag für Sozialwissenschaften ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.
www.vs-verlag.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Titelbild: Matthias Richter

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Krips b.v., Mepel

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in the Netherlands

ISBN 978-3-531-16084-9

Vorwort zur aktualisierten Neuauflage

Die erste Auflage des Bandes „Gesundheitliche Ungleichheit“ war rasch vergriffen. Dies mag zwar auch für die Qualität des Bandes sprechen, ist vor allem aber ein Indiz dafür, dass sich Fragen der sozialen Ungleichheit – nicht nur in Bezug auf Gesundheit – in Deutschland immer drängender stellen. Ein hohes Ausmaß von gesundheitlicher Ungleichheit in einem Land kann – wie eine wachsende Zahl von Studien zeigt – als sensibler Indikator für einen Mangel an sozialer Kohäsion und kultureller Integration gewertet werden. Die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten wird von vielen Staaten inzwischen als wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Qualität von Wohlfahrt und Lebensqualität und zur Stärkung gesellschaftlicher Solidarisierung gesehen. Es ist erfreulich, dass das Thema gesundheitliche Ungleichheit seit der Veröffentlichung der 1. Auflage im Jahr 2006 weiter an Bedeutung im wissenschaftlichen und öffentlichen Diskurs gewonnen hat.

Wir freuen uns deshalb, bereits nach kurzer Zeit eine zweite Auflage zu präsentieren. Die Chance haben wir gerne wahrgenommen und den Band einer umfassenden Aktualisierung unterzogen. Diese beinhaltet die Fortschreibung empirischer Daten sowie das Hinzufügen aktueller Literaturquellen und inhaltlicher Ergänzungen. Der Aufbau des Bandes blieb dabei erhalten. Wir hoffen, dass die 2. Auflage des vorliegenden Buches eine ebenso gute Aufnahme findet wie die Erstauflage. Bedanken möchten wir uns an dieser Stelle bei allen Autorinnen und Autoren, die ihre Beiträge gründlich durchgesehen und aktualisiert haben. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei Verena Bohn und Christina Kruse, die unterstützend beim Korrekturlesen aller Artikel mitgewirkt haben.

Bielefeld, im Frühjahr 2009
Matthias Richter
Klaus Hurrelmann

Vorwort zur 1. Auflage

In jeder bekannten Gesellschaft gibt es ein gewisses Ausmaß an sozialer Ungleichheit der Lebensverhältnisse. Solche Disparitäten werden in der Bevölkerung, aber auch in Politik und Wissenschaft als unvermeidlich und legitim hingenommen, weil sie zu einem Teil das Ergebnis von persönlichen Leistungen und natürlichen menschlichen Merkmalen sind. Eine akzeptabel empfundene Ungleichheit wird aber dann als nicht mehr akzeptabel und illegitim empfunden, wenn sie ein bestimmtes Ausmaß überschritten hat. Wird die Kluft zwischen den sozioökonomisch Privilegierten und den Benachteiligten zu groß, kommt es über kurz und lang zu Konflikten und Spannungen und der soziale Zusammenhalt einer Gesellschaft ist gefährdet. Die sozial Benachteiligten sind nur so lange bereit, sich mit den für sie ungünstigen Besitz- und Machtstrukturen der Gesellschaft zu arrangieren, wenn sie den Eindruck haben, durch sie nicht dauerhaft in der Entfaltung ihrer Möglichkeiten behindert zu werden und die Chance zu haben, das moralische Grundprinzip der Gleichwertigkeit von Personen und der Fairness und Solidarität bei der Verteilung von Ressourcen als gültig und in Kraft befindlich zu erleben.

Die soziale Ungleichheit, gemessen an den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, Anerkennungsmöglichkeiten und Bildungschancen, vergrößert sich in allen hoch entwickelten Gesellschaften. Die Schere im Lebensstandard zwischen den gut und den schlecht situierten Bevölkerungsgruppen hat sich auch in Deutschland als einem Land mit vergleichsweise stark ausgebautem sozialen Transfersystem seit 50 Jahren immer weiter vergrößert. Durch die Vereinigung der beiden deutschen Staaten im Jahre 1990 hat sich dieser Prozess der wachsenden Disparitäten deutlich beschleunigt. Das Wohlstands- und das Bildungsniveau der Bevölkerung hat sich dadurch stark ausdifferenziert. Reiche Menschen sind noch reicher, arme Menschen in Relation zum Durchschnittseinkommen der Bevölkerung noch ärmer geworden. Auch die Kluft zwischen den erreichten Bildungsgraden hat sich vergrößert. In den Sozialwissenschaften sind die Konsequenzen dieser Entwicklung seit Jahren analysiert und beobachtet worden. In der öffentlichen Diskussion gibt es erste Anzeichen einer politischen Sensibilisierung, in dem auf die Ungerechtigkeit der Auswirkungen zum Beispiel der Verteilung von finanziellen Ressourcen hingewiesen und besonders die Benachteiligung von Haushalten mit Kindern beklagt wird.

Soziale Ungleichheit strahlt aber nicht nur auf das Wohlstands- und Bildungsniveau aus, sondern hat massive Folgen für die Lebensqualität und die gesundheitliche Situation der unterschiedlich positionierten Bevölkerungsgruppen. In der internationalen sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung wurden die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in den letzten Jahrzehnten zu einem zentralen Thema gemacht. In dem Ausmaß, wie auch in Deutschland das Ausmaß sozialer Ungleichheit anwächst, wird das hiermit verbundene Thema der gesundheitlichen Ungleichheit in Theorie und Forschung virulent. An vielen Forschungsinstituten und Hochschulen haben sich in den letzten zehn Jahren Forschungsschwerpunkte mit dieser Ausrichtung gebildet.

Bisher fehlte es an einem umfassenden interdisziplinären Überblick über den bis heute erreichten Forschungsstand in Theorie, Empirie und Praxis. Er soll mit diesem Band geleistet werden. Dazu konnten die gegenwärtig führenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im deutschen Sprachraum gewonnen werden. Sie steuern aus ihren jeweiligen Arbeitsgebieten Beiträge zur theoretischen Erklärung der Ursachen und Wirkungen von gesundheitlicher Ungleichheit bei und gehen auch auf die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ein. Viele Beiträge in diesem Band repräsentieren auch Untersuchungen zu spezifischen Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Ungleichheit. Großen Wert haben wir bei der Zusammenstellung der Beiträge auch auf gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf gelegt. Nach allen bisher vorliegenden Erkenntnissen bauen sich wie bei der sozialen auch bei der gesundheitlichen Ungleichheit die positiven und die negativen Entwicklungspotentiale kumulativ über die gesamte Lebensspanne auf. Von Benachteiligungsprozessen sind dabei vor allem spezifische, „vulnerable“ Bevölkerungsgruppen betroffen. Der entsprechende Forschungsstand hierzu findet ebenfalls in mehreren Beiträgen dieses Bandes seinen Niederschlag. Im Schlussteil gehen die Autorinnen und Autoren auf den bisherigen Erkenntnisstand zu den Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit ein. Die enge Verzahnung zwischen Gesundheitspolitik und Sozial- und Gesellschaftspolitik wird dabei sehr deutlich.

Als Herausgeber haben wir uns bei den Kolleginnen und Kollegen zu bedanken, die ihre wissenschaftlichen Beiträge für dieses Handbuch zur Verfügung gestellt haben. Dem VS-Verlag für Sozialwissenschaften, insbesondere Herrn Engelhardt, gebührt das Verdienst, die Bedeutung des bislang in Deutschland noch wenig beachteten Themas „Gesundheitliche Ungleichheit“ erkannt und einen repräsentativen Rahmen für die Publikation zur Verfügung gestellt zu haben. Besonders bedanken möchten wir uns bei Frau Veronika Ottova für ihre unermüdliche Hilfe bei der redaktionellen Bearbeitung des Bandes. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei Frau Kerstin Hoffarth und Frau Linna Lisette Gröppel für Ihre Unterstützung beim Korrekturlesen der Manuskripte. Wir hoffen, mit diesem Band zu einer genaueren Bestandsaufnahme und Analyse gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland beitragen zu können und zugleich zentrale Ansatzpunkte für die Erklärung beizusteuern. Im Sinne eines problemorientierten Verständnisses von Soziologie sind wir froh, auch zur sensiblen Frage der Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit gut abgesicherte sozial- und politikwissenschaftliche Beiträge anbieten zu können.

Matthias Richter
Klaus Hurrelmann

Inhalt

Einführung

- 1 Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen 13
Matthias Richter, Klaus Hurrelmann

Grundlagen der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit: Von der Makro- zur Mikroebene

- 2 Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? 35
Stefan Hradil
- 3 Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit 55
Johann Behrens
- 4 Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen 77
Monika Jungbauer-Gans, Christiane Gross

Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit: Klassische Erklärungsansätze

- 5 Soziale Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive 99
Gabriele Bolte, Martina Kohlhuber
- 6 Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? 117
Richard Peter
- 7 Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit 133
Uwe Helmert, Friedrich Schorb
- 8 Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland 149
Christian Janßen, Kirstin Grosse Frie, Hanna Dinger, Lars Schiffmann, Oliver Ommen

Aktuelle Perspektiven der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit

- 9 Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit 167
Johannes Siegrist, Nico Dragano, Olaf von dem Knesebeck
- 10 Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und
 Forschungsergebnisse 181
Nico Dragano, Johannes Siegrist
- 11 Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion
 gesundheitlicher Ungleichheit 195
Thomas Abel, Andrea Abraham, Kathrin Sommerhalder

Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf

- 12 Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen 209
Thomas Lampert, Matthias Richter
- 13 Ungleiche Gesundheitschancen bei Erwachsenen: Zusammenhänge
 und mögliche Erklärungsansätze 231
Birgit Babitsch, Thomas Lampert, Stefan Müters, Matthias Morfeld
- 14 Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter 253
Olaf von dem Knesebeck, Ingmar Schäfer

Querschnittsthemen gesundheitlicher Ungleichheit

- 15 Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt 267
Oliver Razum
- 16 Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für
 den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit 283
Birgit Babitsch
- 17 Vulnerable Gruppen: „Verwundbarkeit“ als politik-sensibilisierende
 Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit 301
Waldemar Streich

Methodische Herausforderungen

- 18 Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen
 Studien 309
Thomas Lampert, Lars E. Kroll
- 19 Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und
 Herausforderungen 335
Michael Erhart, Nora Wille, Ulrike Ravens-Sieberer

Inhalt	11
20 Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile <i>Johannes Giesecke, Stefan Müters</i>	353
21 Herausforderungen bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit in Europa: Ein Überblick aktueller Studien <i>Anton E. Kunst</i>	367
Methoden und Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit	
22 Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen <i>Rolf Rosenbrock, Susanne Kümpers</i>	385
23 Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen <i>Thomas Altgeld</i>	405
24 Strategien der Schule zur Kompensation importierter und Reduktion intern erzeugter gesundheitlicher Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen <i>Wolfgang Dür, Kristina Fürth, Robert Griebler</i>	423
25 Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland <i>Frank Lehmann</i>	441
26 Quantitative Zielvorgaben zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Lernen von England und anderen westeuropäischen Staaten <i>Andreas Mielck, Thomas Altgeld, Veronika Reisig, Susanne Kümpers</i>	459
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	479

1 Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen

Matthias Richter, Klaus Hurrelmann

1 Einleitung

Unsere Gesellschaft steht vor einem Paradox. Noch nie in der Geschichte waren die Menschen in der Bundesrepublik so gesund und durften sich über eine so hohe Lebenserwartung freuen. Ungeachtet der positiven gesamtgesellschaftlichen Entwicklung weist dieser Trend aber eine gravierend sozial ungleiche Verteilung auf, die sich als sehr hartnäckig erweist. Während sich die Gesundheit der Bevölkerung als ganzes positiv verändert, verbessert sich die gesundheitliche Situation sozial schlechter gestellter Personen langsamer als in der restlichen Bevölkerung (Graham & Kelly 2004, Marmot & Wilkinson 2003, 2006, Bauer et al. 2008). Dieser Effekt findet sich in allen Ländern, aus denen Daten vorliegen. Die Verteilung von Gesundheit und Krankheit folgt demnach einem gesellschaftlichen Muster und ändert sich in Abhängigkeit von sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren (Marmot 1996).

Wenn man versucht dieses gesellschaftliche Muster etwas genauer zu fassen, wird deutlich, dass es vor allem die Kerndimensionen sozialer Ungleichheit (Bildung, Beruf und Einkommen) sind, die entscheidenden Einfluss auf die gesundheitliche Lage nehmen. Zur Beschreibung dieses Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hat sich in den letzten Jahren der Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ durchgesetzt (Mielck 2002, 2005). Gesundheitliche Ungleichheiten finden sich in den unterschiedlichsten Ausprägungen von Gesundheit und Krankheit. Personen mit einer niedrigen Bildung, beruflichen Stellung oder einem niedrigen Einkommen sterben in der Regel früher und leiden in ihrem ohnehin schon kürzeren Leben auch häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dies führt zu erheblichen Unterschieden in der Anzahl von Jahren, die Angehörige unterschiedlicher sozioökonomischen Gruppen erwarten können in guter Gesundheit zu verbringen (Mackenbach 2006, Lampert et al. 2007). Diese gesundheitlichen Ungleichheiten haben das Interesse der Wissenschaft nicht nur auf einen der mächtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit gelenkt, sie repräsentieren zudem bedeutende gesellschaftliche Ungerechtigkeiten, da ein breites Spektrum gesundheitlicher Ungleichheit nach den Konventionen des Sozialstaats nicht legitimiert sein dürfte (Elkeles & Mielck 1997a: 24, Wilkinson & Marmot 2003). Es besteht allgemein kein Zweifel, dass vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten ein Versagen moderner Gesellschaften darstellen, die angegangen werden können und müssen (Marmot 2005, Lahelma 2006, Siegris & Marmot 2006)).

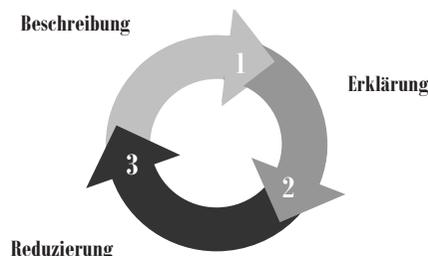
Die internationale Forschung über gesundheitliche Ungleichheit hat in den letzten Jahren deutliche Erkenntnisfortschritte in Bezug auf die Beschreibung und Erklärung der Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit erzielen können (Bauer et al.

2008). Daneben sind zunehmend auch Versuche unternommen worden, sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit über die Entwicklung und Implementation von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu verringern. Ziel dieses Einführungskapitels ist es, einen kurzen Überblick über diese Entwicklungen zu geben, um damit die Grundlage für die nachfolgenden Beiträge des Bandes zu schaffen.

2 Gesundheitliche Ungleichheit: Von der Beschreibung zur Reduzierung

Nach wie vor steht die Forschung und Praxis zur sozial ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen vor drei großen Herausforderungen. Diese Herausforderungen beziehen sich 1) auf die *Beschreibung* gesundheitlicher Ungleichheit, d.h. auf die Darstellung und Analyse der Art und des Ausmaßes sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit. Die weiteren Herausforderungen zielen 2) auf die *Erklärung* und 3) auf die *Reduzierung* gesundheitlicher Ungleichheit ab. Im Mittelpunkt der Erklärung steht das Verständnis von Einflussfaktoren und Mechanismen der Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Die Reduzierung sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit wiederum geht der Frage nach, wie sich auf Grundlage des bestehenden Wissens über die Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit Maßnahmen entwickeln und implementieren lassen, die zu einer Verringerung der Ungleichheiten führen. Diese drei Herausforderungen sind dabei nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern stellen aufeinander aufbauende Schritte dar, die in einem engen inhaltlichen Zusammenhang stehen (siehe Abb. 1.1). Sie können im Sinne eines „Public Health Action Cycles“ verstanden werden: Ausgehend von der Beschreibung der Situation erfolgt in einem nächsten Schritt die Analyse der Ursachen und Rahmenbedingungen gesundheitlicher Ungleichheiten. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse muss die Entwicklung und Implementation von Maßnahmen erfolgen. Anschließend sind die Interventionen zu evaluieren, womit wieder die aktuelle Situationsbeschreibung und ein neuer Kreislauf beginnen.

Abbildung 1.1: Herausforderungen bei der Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: eigene Abbildung

Wie ist es jetzt um die Situation in Deutschland bestellt? Wo lässt sich die deutsche Forschung über gesundheitliche Ungleichheit in diesem Regelkreis verorten? Auch hierzulande ist inzwischen eine gewisse Kontinuität zumindest bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit zu verzeichnen. Nachdem die Tradition einer sozialwissenschaftlichen Be-

trachtungswise von Gesundheit und Krankheit in Deutschland mit dem Ende des ersten Weltkriegs abrupt abbrach, wurde das Thema in den 1970er und 1980er Jahren zunächst nur zögerlich wieder aufgegriffen. Ausgangspunkt für die aktuelle Diskussion ist wahrscheinlich der Sammelband von Andreas Mielck aus dem Jahr 1994, der den damaligen Forschungsstand systematisch und umfassend zusammenfasst (Mielck 1994). In der Folgezeit wurden zahlreiche umfangreiche Monographien und Sammelbände veröffentlicht (Mielck 2000, 2005, Helmert et al. 2000, Mielck & Bloomfield 2001, Lampert et al. 2005, Bauer et al. 2008). Nach einer Zählung von Mielck (2005) lagen bis zum Jahr 2004 mehr als 680 Publikationen über die Art und das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland vor. Im letzten Jahr fand die Thematik auch Eingang in das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat 2005) ebenso wie in den Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMGS 2005, siehe auch Lampert et al. 2005) und erreichte damit eine neue (politische) Dimension.

Ein genauerer Blick auf diese Veröffentlichungen macht aber auch deutlich, dass ihr Schwerpunkt – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – eindeutig auf der Beschreibung sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit liegt. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (wie etwa Großbritannien, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern), lässt sich immer noch ein erheblicher Nachholbedarf bezüglich der Ansätze zur Erklärung und Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten konstatieren. Dies betrifft nicht nur die empirische Forschung, sondern auch die theoretische Auseinandersetzung und Diskussion sowie die Umsetzung von Ergebnissen.

Erst allmählich rücken neben der epidemiologischen Bestandsaufnahme auch Fragen der Erklärung und der praktischen Umsetzung der Forschungsergebnisse in den Mittelpunkt des Interesses (Richter & Mielck 2000, Mielck 2005, Lehmann & Weyers 2007). Auch das Engagement der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Umsetzung der Forschungsergebnisse auf Projektebene zu dokumentieren und zu fördern, hat zu einer erheblichen Intensivierung der Diskussion über sozial ungleiche Gesundheitschancen geführt (BZgA 2003, siehe Lehmann in diesem Band). Dennoch konnten viele zentrale Fragestellungen über die Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten noch nicht beantwortet werden. Deshalb ist es weiterhin wichtig, sich mit den Ursachen sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit zu befassen. Ohne die Kenntnis und das Verständnis möglicher Ursachen ist es auch nicht möglich, über Maßnahmen nachzudenken, wie diese Ungleichheiten verringert werden können. Auch besteht die Gefahr, die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen für wenig effektive Maßnahmen aufzuwenden. Die Erklärung sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit ist dementsprechend eine wesentliche Voraussetzung für die Ableitung gesundheitspolitischer Empfehlungen. Erst auf der Basis detaillierter Forschungsergebnisse und der Entwicklung und Überprüfung von Erklärungsansätzen können fundierte Vorschläge zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit erarbeitet werden. Eine Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen ermöglicht dann eine Beteiligung an der aktuellen (gesundheits-)politischen Diskussion. Im Folgenden wird ausführlicher auf die drei oben beschriebenen Herausforderungen der Forschung und Praxis zu gesundheitlicher Ungleichheit eingegangen.

3 Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheiten

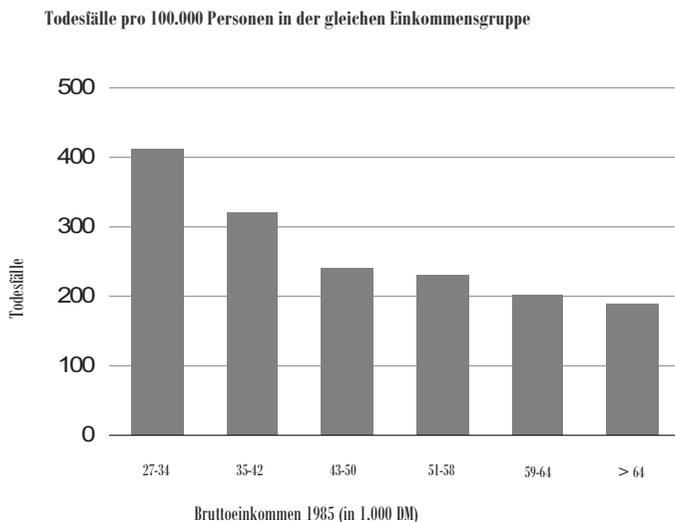
Über die letzten 25 Jahre hat die Forschung über den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit in unzähligen Studien eindeutige und überzeugende Belege vorgelegt, dass die Sozialstruktur entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit ausübt (zusammenfassend Adler & Ostrove 1999, Mielck 2000, 2005, Mackenbach 2006, Bauer et al. 2008). In der Regel wird für die Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheiten das traditionelle leistungs- und berufsorientierte Schichtmodell sozialer Ungleichheit herangezogen (siehe Lampert & Kroll in diesem Band). Im Mittelpunkt steht dementsprechend die „vertikale“ Gliederung der Gesellschaft, in der Regel gemessen über den Beruf, die Bildung und/oder das Einkommen der Personen. Für diese Dimensionen konnte analog zur soziologischen Ungleichheitsforschung gezeigt werden, dass Ungleichheiten in diesen Bereichen größer sind als viele andere Disparitäten in der Gesundheit. Auch in diesem Band stehen *sozioökonomisch* bedingte gesundheitliche Ungleichheiten im Mittelpunkt, d.h. Unterschiede in der Prävalenz und Inzidenz gesundheitlicher Beeinträchtigungen zwischen höheren und niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen. Daneben existieren andere Dimensionen sozialer Ungleichheit (z.B. Alter, Geschlecht, Migration, Familiengröße und Wohnort)¹, die quer zu der beruflichen Stellung, dem Einkommen und der Bildung stehen. Diese Ungleichheiten werden häufig unter dem Begriff „horizontale soziale Ungleichheiten“ zusammengefasst (siehe Hradil in diesem Band). Da die Forschung in den letzten Jahren gezeigt hat, dass die Existenz und das Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit beispielsweise in Abhängigkeit des Alters, des Geschlechts und/oder der Nationalität variiert, greift der Band diese Diskussion auf (siehe die Beiträge von Razum, Babitsch und Streich). Im Folgenden werden mit Hilfe einer exemplarischen Auswahl aktueller Forschungsergebnisse die Art und der Umfang sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit dargestellt.

Soziale Ungleichheiten in der Sterblichkeit stellen den wohl sichtbarsten und tiefgreifendsten Einfluss sozialer Faktoren auf die Verwirklichung von Lebenschancen und Lebenszielen dar, soweit diese über Gesundheit und Krankheit vermittelt sind (Siegrist 1995: 57). In Abbildung 1.2 ist ein Ergebnis über den Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und sozialer Ungleichheit dargestellt (Klosterhuis & Müller-Fahnow 1994). Die Ergebnisse beruhen auf Daten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und berücksichtigen Angaben zum Bruttoeinkommen verstorbener Versicherter. Auch wenn diese Studie schon etwas älter ist, vermag sie wichtige Erkenntnisse der Forschung zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit anschaulich darzustellen. Zum einen zeigt die Abbildung, dass Personen mit einem niedrigen Einkommen wesentlich häufiger frühzeitig sterben als Personen mit einem höheren Einkommen. Zum anderen lässt sich die gesundheitliche Chancenungleichheit nicht allein an den höheren Belastungen der am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen festmachen. Vielmehr durchzieht die Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit die gesamte Sozialstruktur einer Gesellschaft. So existiert ein deutlicher sozialer Gradient in der Sterblichkeit, d.h. mit einer stufenweisen Abnahme des Einkom-

1 Hierbei ist zu bedenken, dass „natürliche“ Variationen, d.h. die ungleichen Ausprägungen biologischer Merkmale zwischen Menschen wie Hautfarbe oder Geschlecht, noch keine sozialen Ungleichheiten darstellen. Vielmehr können diese individuellen Ungleichheiten die Zuteilung knapper Güter oder Belohnungen (wie Bildung oder Einkommen) begünstigen. Sie stehen dementsprechend quer zu den vertikalen Dimensionen sozialer Ungleichheit und lassen sich auch nicht von ihnen abkoppeln.

mens erhöht sich das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit kontinuierlich. Prägnant ist weiterhin, dass es sich bei den hier dargestellten Daten um Angestellte handelt, d.h. um eine gesellschaftlich relativ gut gestellte Personengruppe. Der soziale Gradient verweist damit auf Prozesse *relativer* sozialer Benachteiligung zwischen den einzelnen sozialen Schichten, auf Faktoren also, die den gesellschaftlichen Differenzierungsprozess insgesamt – und nicht lediglich eine Teilgruppe – betreffen (Siegrist 1996).

Abbildung 1.2: Einkommen und Mortalität bei männlichen Angestellten



Quelle: Klosterhuis & Müller-Fahrnow (1994), eigene Darstellung

Die internationale Forschung hat aufzeigen können, dass gesundheitliche Ungleichheiten ein allgegenwärtiges, universelles Phänomen darstellen. Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit kennen keine Ländergrenzen. Bisher konnte für jedes Land, aus dem Daten vorliegen, nachgewiesen werden, dass die Sterblichkeit in Gruppen mit niedrigem beruflichem Status, Ausbildungsstand und Einkommen am höchsten ist (Mackenbach 2006). In Abb. 1.3 ist für vier europäische Länder das Verhältnis der Gesamtmortalität in der *niedrigsten* im Vergleich zur *höchsten* Bildungsgruppe (Rate Ratio) für den Zeitraum von 1981-85 bis 1991-95 aufgeführt.² Ein Wert von 1,6 würde demnach bedeuten, dass Männer mit der niedrigsten Bildung ein 1,6-fach bzw. 60% höheres Risiko haben, frühzeitig zu versterben. Wie die Ergebnisse zeigen, findet sich für jedes der untersuchten Länder sowohl für Frauen als auch für Männer der gleiche Effekt: Personen mit niedriger Bildung weisen eine höhere Mortalität auf als Personen mit hoher Bildung. Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis ist, dass das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit für Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (hier Bildungsstatus) nach einer vergleichsweise stabilen Phase in den letzten 15 Jahren in Europa unerwartet angestiegen ist (Mackenbach et al. 2002, Ma-

² Derartige Ergebnisse für Deutschland aufzuzeigen, ist bis dato immer noch nicht möglich, da keine geeignete Datenbasis vorliegt.