

Soziale Ungleichheit im Bereich von Gesundheit und Krankheit: Wie ist sie zu erklären und wie zu verändern?

Gesundheit und Krankheit sind innerhalb der Gesellschaft sehr ungleich verteilt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ursachen aufgezeigt, und es werden Ansätze zur Verbesserung abgeleitet.

Johannes Siegrist

Kranks zu sein ist eine zutiefst individuelle Erfahrung. Zugleich hat diese Erfahrung jedoch soziologische Aspekte, denn Krankheit ist innerhalb der Bevölkerung sehr unregelmässig verteilt. Selbst in den fortschrittlichsten Ländern der Erde, die wie die Schweiz über ein ausgebautes, qualitativ hoch stehendes Gesundheitssystem und ein stabiles Netz sozialer Sicherung verfügen, zeigt sich ein sozialer Gradient (d.h. ein soziales Gefälle) von Krankheitshäufigkeit und frühzeitiger Sterblichkeit: Je tiefer die soziale Stellung, desto grösser die Krankheitslast. Dies gilt für Männer wie für Frauen, wenn auch für Erstere in stärkerem Masse, und es gilt für das junge ebenso wie für das mittlere Erwachsenenalter [1–3].

Die wesentlichen Definitionskriterien sozialer Ungleichheit (d.h. sozialer Schichtzugehörigkeit) sind Bildung, berufliche Stellung und verfügbares Haushaltseinkommen. Nach ihrer Höhe variieren Morbidität und Mortalität in besorgniserregendem Umfang. So finden wir beispielsweise in Finnland zwischen der Gruppe der un- und angelernten männlichen Beschäftigten und der

Gruppe der leitenden Angestellten und Akademiker eine Differenz der mittleren Lebenserwartung von mehr als sechs Jahren. Auch die Schweiz weist einen sozialen Gradienten der Lebenserwartung auf; hier wurde jüngst eine entsprechende Differenz von 4,4 Jahren ermittelt [4]. Wie lässt sich das beschriebene soziale Gefälle erklären? Die Forschung hat fünf Erklärungsansätze ermittelt und ihren quantitativen Einfluss untersucht.

Ursachen des sozialen Gefälles

Gemäss aktuellem Forschungsstand ist die soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit:

1. das Ergebnis unterschiedlichen Zugangs zur medizinischen Versorgung [5],
2. die Folge eines Selektionseffektes, indem Kranke vermehrt sozial absteigen [1],
3. die langfristige Folge von Benachteiligungen, die am Lebensbeginn, in der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit, «programmiert» werden [6, 7],
4. das Ergebnis einer ungesunden Lebensweise, die bei Mitgliedern niedrigerer sozialer Schichten weiter verbreitet ist [8, 9, 3],
5. das Ergebnis von Belastungen und Beanspruchungen in zentralen Lebensbereichen des Erwachsenenalters (v.a. Beruf und Familie), denen Mitglieder niedrigerer sozialer Schichten in stärkerem Masse ausgesetzt sind [9, 10].

Die genannten Erklärungen schliessen sich zwar wechselseitig keineswegs aus, doch ihr Einfluss auf Gesundheit und Krankheit ist unterschiedlich gross: Es wurde gezeigt, dass den ersten beiden Ansät-



Johannes Siegrist

zen nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung zukommt, während die letzten drei Ansätze heute im Zentrum der internationalen Forschung stehen.

Benachteiligungen am Lebensbeginn

Ergebnisse von Längsschnitt-Untersuchungen so genannter Geburtskohorten belegen, dass Fehlernährung, Suchtverhalten und emotionaler Stress bei Schwangeren den späteren Gesundheitszustand der Kinder im dritten und vierten Lebensjahrzehnt massgeblich beeinflussen. Diese Einflüsse erfolgen teilweise direkt über einen früh gestörten Stoffwechsel, verbunden mit niedrigem Geburtsgewicht und späterer Neigung zu Übergewicht. Teilweise erfolgen sie indirekt über ungünstige Sozialisationsbedingungen, welche die spätere Gesundheit beeinträchtigen. Aber nicht nur die Schwangerschaft, sondern auch die frühen Phasen der Eltern-Kind-Beziehung sind für die spätere Gesundheit von Bedeutung. Neben den materiellen Belastungen (die früher im Zentrum des Interes-

ses standen) wird in jüngster Zeit der Qualität sozialer Beziehungen, insbesondere dem Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind, besondere Beachtung geschenkt. Emotionale Bindungsstörungen sind bei Eltern mit einem prekären sozioökonomischen Hintergrund häufiger, ebenfalls bei Alleinerziehenden (deren Mehrheit wiederum sozial benachteiligt ist).

Ungesunde Lebensweisen

Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen während der Adoleszenz und im Erwachsenenalter verfestigen sich häufig dann, wenn Spannungen und sozioemotionale Belastungen bewältigt werden müssen. In niedrigen sozialen Schichten kommen solche Spannungen und Belastungen häufiger vor, während zugleich Wissen und Kompetenzen im Umgang mit Gesundheitsgefahren geringer ausgeprägt sind.

Belastungen

Chronische Belastungen im Erwerbsleben gefährden die Gesundheit in beachtlichem Ausmass. Dabei stehen heute bestimmte psychosoziale Belastungen, welche chronische Stressreaktionen im Organismus hervorrufen, gegenüber den traditionellen chemischen und physikalischen Arbeitsnoxen (= krankmachenden Ursachen) im Vordergrund. In neuen epidemiologischen Studien ist gezeigt worden, dass Beschäftigte an Arbeitsplätzen, welche hohen Zeitdruck mit geringer Kontrolle über die Arbeitsaufgabe verbinden, wesentlich häufiger an Herz-Kreislauf-Krankheiten und depressiven Störungen erkranken als Beschäftigte an Arbeitsplätzen mit grossem Kontrollspielraum. Gleiches trifft für Beschäftigte zu, die wiederkehrend ein Ungleichgewicht erfahren zwischen dem, was sie leisten, und den Belohnungen, die sie dafür erhalten. Solche Gratifikationskrisen (hoher Einsatz bei niedrigem Ertrag, wobei neben Geld auch die Anerkennung, die Aufstiegschancen und die Arbeitsplatzsicherheit von Bedeutung sind) sind bei denjenigen, die auf dem Arbeitsmarkt weniger Wahlmöglichkeiten besitzen, also

bei Beschäftigten in tieferen sozialen Positionen, häufiger zu erwarten.

Ansätze zur Veränderung

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass die soziale Ungleichheit im Bereich Gesundheit und Krankheit das Ergebnis unterschiedlicher Entwicklungschancen in den Lebensläufen der Mitglieder einzelner Bevölkerungsgruppen ist. Diese Entwicklungschancen sind sozialstrukturell ungleich verteilt und kumulieren sich im ungünstigen Fall von der Schwangerschaft bis zur Erwerbssituation im mittleren Erwachsenenalter.

Aus diesen Erkenntnissen lassen sich, trotz der bestehenden Komplexität, Ansatzpunkte für gesundheits- und sozialpolitische Massnahmen ableiten. Dabei geht es in erster Linie um die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung; allerdings kann auch ein verbessertes Management beim Zugang zu medizinischer Vorsorge, Beratung und Behandlung zur Verringerung des sozialen Gradienten beitragen. Entsprechende gesundheits- und sozialpolitische Vorschläge können zum Beispiel die primäre Prävention bei sozial benachteiligten jungen Familien (speziell bei Alleinerziehenden), in vorschulischen Einrichtungen sowie bei der Einkommens- und Beschäftigungspolitik betreffen oder den gezielten Ausbau inner- und überbetrieblicher Gesundheitsförderung [2].

Im Rahmen dieses kurzen Beitrags kann nicht genauer auf entsprechende Vorschläge (und auf Vorbilder aus anderen Ländern) eingegangen werden. Es konnte jedoch deutlich gemacht werden, dass die soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit ein erstrangiges Thema einer Gesundheitspolitik ist, die sich ihrer gesellschaftlichen und ethischen Verantwortung bewusst ist. ■

Autor:

Prof. Dr. Johannes Siegrist

Institut für Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Düsseldorf

Postfach 10 10 07

D-40001 Düsseldorf

E-Mail: siegrist@uni-duesseldorf.de

Literatur:

1. Drever F & Whitehead M (1997). Health inequalities. The Stationary Office, London.
2. Mackenbach J & Bakker M (eds) (2002). Reducing inequalities in health. A European perspective. Routledge, London.
3. Mielck A (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Huber, Bern.
4. Künzler G & Knöpfel C (2002). Arme sterben früher. Caritas, Luzern.
5. Goddard M & Smith P (1998). Equity of access to health care. NHS Centre for Reviews and Disseminations, York.
6. Barker DJP (1994). Mothers, babies and disease in later life. BMJ Publishing Group, London.
7. Kuh D & Ben Shlomo Y (eds) (1997). A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford University Press, Oxford.
8. Lantz PM, House JS, Lepowski LM et al. (1998). Socioeconomic factors, health behaviours and mortality. JAMA 279: 1703-1708.
9. Marmot M & Wilkinson RG (eds) (1999). Social determinants of health. Oxford University Press, Oxford.
10. Stansfeld SA & Marmot M (eds) (2002). Stress and the heart. BMJ Publishing Group, London.