

Moderne Gesellschaft

Gesundheit

- ein gleich verteiltes Gut?

Claudia Pass



Foto: Gerd Altmann/Pixello

Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen variieren sowohl zwischen verschiedenen Gesellschaften im internationalen Vergleich als auch innerhalb einer Gesellschaft. Die Beseitigung dieser Unterschiede ist als wesentliche Aufgabe gesundheitspolitischer Maßnahmen anzusehen. Bei einer genaueren Betrachtung wird schnell klar, dass es Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Stellung von Gesellschaftsmitgliedern gibt.

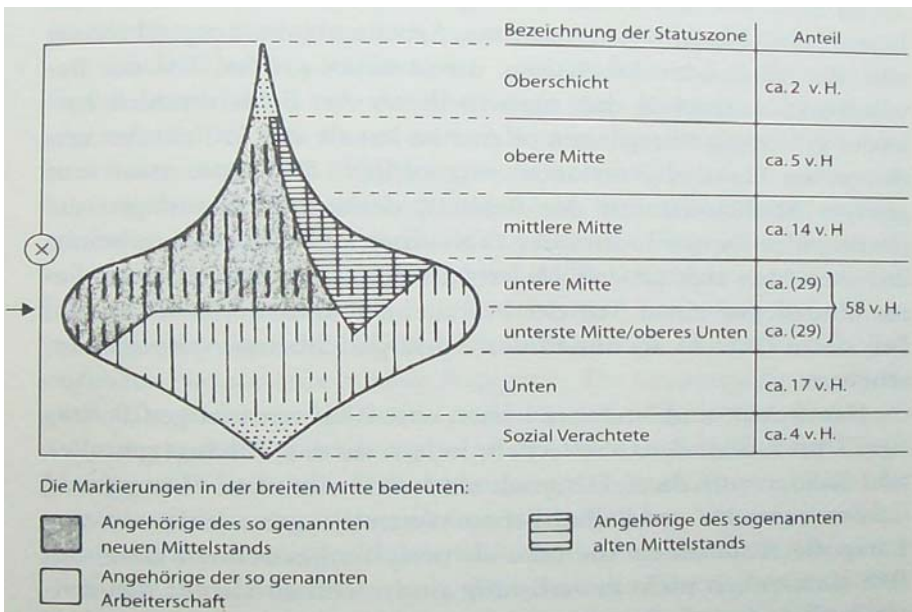
Die soziale Stellung bzw. der Status Einzelner wird vom Aufbau einer Gesellschaft beeinflusst, da die vorgefundenen Bedingungen die Möglichkeiten Einzelner mitbestimmen.

Historisch lassen sich in Mitteleuropa als Typen gesellschaftlicher Gliederung die vorindustrielle Ständegesellschaft, die frühindustrielle Klassengesellschaft, die industrielle Gesellschaft mit Schichtungsgefüge sowie die postindustrielle Gesellschaft, in welcher die Sozialstruktur durchlässiger wurde, unterscheiden. Die Durchlässigkeit postindustrieller Gesellschaften ist vermehrt mit Prozessen sozialer Mobilität verbunden; die damit einhergehende soziale Ungleichheit wird zunehmend individualisiert. Zu den zentralen Bestimmungsfaktoren der Sozialstruktur gegenwärtiger mitteleuropäischer Länder zählen Bildung, Beschäftigung, Einkommen, Prestige und Macht.¹

Für die gesamtgesellschaftliche Beschreibung der Sozialstruktur verwenden SoziologInnen gerne das sogenannte „Zwiebel-Modell“, welches die Breite wie die Differenzierung der Mittelschicht verdeutlicht und gleichzeitig auf die Tatsache hinweist, dass teilweise nur Gobbereiche des zugewiesenen Status eingegrenzt werden können.²

Das Zwiebel-Modell besitzt in seiner Beschreibung bis heute Gültigkeit, stellt aber den mit der Erwerbstätigkeit verbundenen Status in den Mittelpunkt. Somit werden andere gesellschaftliche Gruppen, die nicht am Erwerbsleben teilnehmen, vernachlässigt. Ein Modell, welches diesen Umstand mehr berücksichtigt, ist das sogenannte „Zentrum-Peripherie-Modell“ nach Bornschie/Keller. Hier wird versucht, den Aufbau moderner Gesellschaften unter Berücksichtigung individueller Lebensverläufe darzustellen. „Dieses Modell zeigt ein wenig schematisiert und trotzdem zutreffend auf, wie stark unsere moderne Gesellschaft letztlich von erwachsenen Männern zwischen 30 und 60 Jahren bestimmt ist und wie viele kulturell ganz anders geartete Felder daneben vorhanden sind, deren Teilnehmerinnen und Teilnehmer das gesellschaftliche Geschehen nicht im gleichen Maße mitbestimmen“.³

Das Zwiebel-Modell

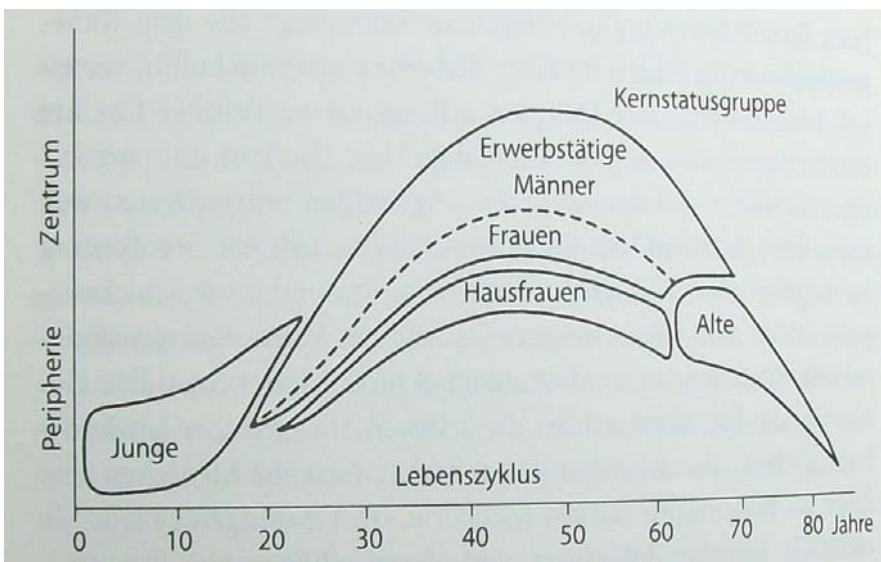


Die Punkte zeigen an, dass ein bestimmter gesellschaftlicher Status fixiert werden kann. Senkrechte Striche weisen darauf hin, dass nur eine Zone bezeichnet werden kann, innerhalb derer jemand etwa im Statusaufbau liegt.
 X = mittlere Mitte nach den Vorstellungen der Bevölkerung
 -> = Mitte nach der Verteilung der Bevölkerung
 Quelle: Bolte, M. u.a., 1967.

Somit verdeutlicht dieses Modell, dass erwerbstätige Männer zwischen 30 und 60 Jahren durch ihre erworbenen Positionen die Gesellschaft mehr prägen als andere Gesellschaftsmitglieder. Gleichzeitig muss aber auch erwähnt werden, dass jedes Modell nur einen Ausschnitt der Realität abbilden kann. Durch die Dynamik gesellschaftlicher Wandlungsprozesse gewinnen neben objektiven auch subjektive, das Individuum und seine Bedürfnisse beeinflussende, Faktoren an Bedeutung.

Diese wissenschaftliche und sozialpolitische Auseinandersetzung mit veränderten gesellschaftlichen Realitäten fand ihren Ausdruck im Begriff der sozialen Lage. Nach Wendt vermittelt das Konzept der Lebenslage zwischen sozialem System und individuellen Leben, denn „Lebenslage wird [...] erfasst [...] aus dem Erfahrungshintergrund der eigenen Biographie im Blick auf die Umwelt und die Aussichten für das weitere Leben, welche ihrerseits Motive abgeben, den eingeschlagenen Weg beizubehalten oder zu ändern“.⁴

Das Zentrum-Peripherie-Modell



Quelle: Bormschiefer/Keller, 1994, S. 86

Wie der Begriff der Lebenslage ist auch jener von Gesundheit nicht leicht zu fassen. Was ist Gesundheit für den Einzelnen? Wann ist eine Gesellschaft gesund? Macht Armut den Einzelnen oder eine Gesellschaft per se krank?

Die Medizin fasst Gesundheit als Einhalten objektiver Durchschnittsnormen auf. Diese Normen wie Körpergewicht, Blutdruck etc. können selten erreicht werden und unterliegen Schwankungen. Die sozialen Komponenten von Gesundheit wurden bei streng medizinischen Betrachtungen vernachlässigt. Zu diesen sozialen Komponenten zählen neben Geschlecht und Alter auch Bildungsgrad, Beruf/Arbeitsanforderungen, Familienstand, Wohnverhältnisse und Lebensgewohnheiten.

Angesichts der stetig voranschreitenden Individualisierung in gegenwärtigen Gesellschaften, welche mit Vereinsamung und Isolation verbunden ist, verdienen soziale Netzwerke hinsichtlich ihrer Bedeutung auf den Gesundheitszustand besondere Aufmerksamkeit. Allgemein ist bekannt, dass soziale Netzwerke einem sozialen Immunsystem gleichkommen.

Gesamtgesellschaftlich sind als Komponenten, welche Gesundheit im weiteren Sinne beeinflussen, die wirtschaftliche Situation einer Nation ebenso wie die Umweltqualität zu nennen. Im engeren Sinne sind der medizinisch-technische Fortschritt, aber auch das Versicherungssystem mit Zugang und Erreichbarkeit von Bedeutung. Letztere wiederum bestimmen die Inanspruchnahme medizinischer Leistung bzw. die Versorgungsqualität.

Zahlreiche Sozialwissenschaftler haben sich bisher mit den Bedingungsfaktoren für Gesundheit bzw. Krankheit auseinander gesetzt. Trotz unterschiedlicher Kategorisierungen herrscht Einigkeit darüber, dass der Gesundheitszustand eines Individuums bzw. von Bevölkerungsgruppen durch eine Vielzahl wechselseitig beeinflussender Faktoren bedingt wird.

Als interdisziplinäre Leitvorstellungen von Gesundheit nennt Hurrelmann:⁵

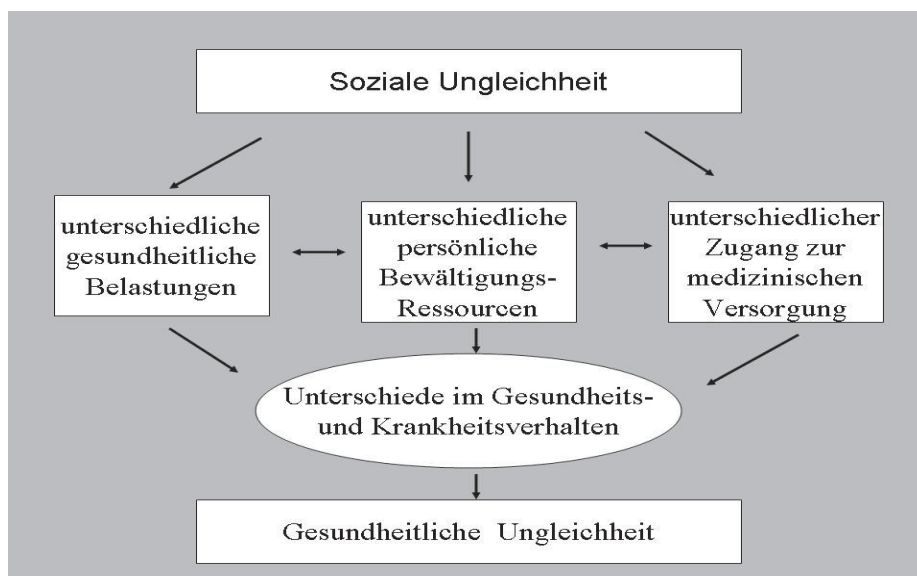
- Gesundheit ist eine gelungene Anpassung an innere und äußere Anforderungen aus der Umwelt.
- Gesundheit ist ein Zustand, in welchem Risiko- und Schutzfaktoren einander die Waage halten.
- Gesundheit ist auf Grundlage objektiver und subjektiver Kriterien relativ.
- Gesundheit (bzw. Krankheit) gelten als Reaktion auf gesellschaftliche Entwicklungen und Strukturen.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als „Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen“. Dies ist eine anzustrebende Vision; für Gesellschaften ist ihre Realisierung schwierig, wenn nicht gar unmöglich.

Der Begriff der sozialen Lage wird empirisch häufig über die Indikatoren Bildungsniveau, berufliche Tätigkeit(en) und (monatliche) Einkommenssituation erhoben.

Diese objektiven Indikatoren weisen allerdings Schwächen auf. So ist beispielsweise nicht gewährleistet, dass Personen mit niedriger Schulbildung und niedrigem Haushaltseinkommen per se zu den in der Gesellschaft benachteiligten Gruppen zählen bzw. sich als solche wahrnehmen. Denn zur eindeutigen Bestimmung der sozialen Lage zählen auch die subjektive Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeitssituation, familiäres Umfeld, Wohnqualität, Beziehungen zu Freunden/Bekanntem bzw. gesellschaftliche Einbindung und Partizipationsmöglichkeiten.

Bei der Messung von Gesundheit wird ebenfalls zwischen objektiven und subjektiven Faktoren unterschieden. Der stärkste, wenn auch nicht unbedingt plausibelste Indikator zur Messung der Gesundheit stellt die Lebenserwartung dar. In den vergangenen 100 Jahren ist die Lebenserwartung in den Gesellschaften Westeuropas erheblich gestiegen und lässt sich sowohl auf den medizinisch-technischen Fortschritt als auch auf die veränderten Lebensbedingungen zurückführen. Experten zufolge ist der Wandel der Lebensbedingungen wie allgemeine Hygiene, Ernährung etc. mehr verantwortlich



Quelle: Mielck/Helmert, 1998

als medizinisch-technische Erfolge. Als zusätzliches objektives Maß für den Gesundheitszustand der Bevölkerung werden Erkrankungen herangezogen. Gegenwärtig beschränkt sich das objektive Erkrankungsspektrum auf die Entlassungsdiagnose stationär behandelter PatientInnen. Diese Erfassung gilt aus verschiedenen Gründen als problematisch. Einerseits sind die Entlassungs- und die Aufnahmediagnose nicht immer identisch, andererseits werden die Hauptdiagnosen lediglich nach Geschlecht, Alter und Bundesländern veröffentlicht. Eine genauere Analyse nach Bildungsgrad, Beruf, familiärer Situation bzw. Einkommen stationär behandelter PatientInnen wird gegenwärtig nicht praktiziert.

Unabhängig dieser erwähnten Probleme ist eine stationäre Behandlung die schwerwiegendste Form gesundheitlicher Probleme. Auskunft über den Gesundheitszustand geben auch die Inanspruchnahme verschiedener ambulanter Dienstleistungen wie beispielsweise Inanspruchnahme/Konsultationen von Hausärzten, Fachärzten und verschiedene Einrichtungen im Gesundheitswesen. Medikamentenkonsum, Krankenstandsfälle sowie Krankenstandstage werden ebenfalls dokumentiert.

Neben diesen statistischen Aufzeichnungen wird gerade über die Gesundheitsberichterstattung versucht, verstärkt subjektive Faktoren zu berücksichtigen. Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheits-

zustandes, Gesundheitsbewusstsein, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie das Ausmaß an sportlicher Betätigung, Ernährungsverhalten etc. erhalten somit mehr Bedeutung. Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes ist der bedeutendste Faktor für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Studien zufolge nehmen Personen, welche sich subjektiv als krank erleben, objektiv aber gesund sind, häufiger Ärzte in Anspruch.

Die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und sozialer Lage kann mit folgendem Satz vereinfacht ausgedrückt werden: „Wenn Du arm bist, stirbst Du früher.“ Die Sterbewahrscheinlichkeit ist umso geringer bzw. die Lebenserwartung ist umso höher, je höher der Beruf eingeschätzt wird und je mehr Schulbildung ihm zugrunde liegt. Französischen Daten zufolge hat ein 35jähriger Arbeiter noch 34 Jahre zu leben, ein Professor im selben Alter hingegen 43 Jahre.⁶

Demnach beeinträchtigt eine ungünstige sozioökonomische Lage sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit. Anhand mehrerer internationaler Studien scheint die Wechselwirkung zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand gesichert zu sein. So zeigte sich ein Zusammenhang zwischen schlechter wirtschaftlicher Situation und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wie Zigaretten- bzw. Alkoholkonsum (vgl. Townsend, Davidson und Whitehead 1988). Im Rahmen

der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie wurde die Wechselwirkung zwischen relativer Armut und Sterberisiko analysiert (vgl. Kreuter, Klaes, Hoffmeister, Laaser 1995).

In einer finnischen Studie zeigte sich, dass ungelernete Arbeiter auch dann ungewöhnlich häufig an koronaren Herzerkrankungen sterben, wenn sie weder rauchen noch Übergewichtig sind. Patienten aus unteren Sozialschichten erholen sich auch viel langsamer von einer Herzattacke als Personen höherer Sozialschichten (vgl. Siegrist, 1995).

„Dass sich auch in Deutschland nach wie vor soziale Unterschiede auf Gesundheit und Lebenserwartung auswirken, belegen Daten, auf die die BzG im Rahmen der Abschlusskonferenz von „Clothing the Gap“ hinwies. Zwei Beispiele:

- Die Lebenserwartung von Männern im oberen Einkommensbereich ist um zehn Jahre höher als die bei Männern mit niedrigem Einkommen; bei Frauen beträgt der Unterschied rund fünf Jahre.

- Herzinfarkte treten bei Männern einer niedrigen sozialen Schicht ungefähr doppelt so häufig auf wie bei Männern, die sozial gut gestellt sind. Ähnlich ist das Verhältnis bei Männern und Frauen mit Diabetes.“ (Dtsch Arztebl 2007; 104(9): A-533 / B-470 / C-456)

Diese verschiedenen Untersuchungsergebnisse verdeutlichen, dass Menschen aus niedrigen sozialen Schichten besonders stark dem Risiko ausgesetzt sind, zu erkranken und frühzeitig zu sterben.

Die meisten Autoren führen gesundheitliche Ungleichheit darauf zurück, dass diese Menschen mit Lebensbedingungen konfrontiert sind, die krank machen. Dazu kommt, dass sie ein anderes Körperbewusstsein aufweisen, welches sich in entsprechenden gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen niederschlägt. Mehrheitlich wird davon ausgegangen, dass Angehörige niedrigerer sozialer Schichten ihren Körper eher als Mittel zur Aufrechterhaltung der Arbeitskraft ansehen.

Die Anteilnahme am Erwerbsleben gilt in unserer Gesellschaft als ein zentrales Merkmal, das die Gesund-

heit direkt bzw. indirekt beeinflusst. Schlechte Arbeitsbedingungen wie Lärm, Zeitdruck, Schicht- und Nachtarbeit führen genauso wie Defizite in den Beziehungen zu ArbeitskollegInnen zu gesundheitlichen Belastungen. Darüber hinaus scheinen starkes Konkurrenzdenken verbunden mit permanentem Leistungsdruck die prinzipiell gesundheitsförderlichen Aspekte von Arbeit in das Gegenteil zu verkehren. Gleiches gilt für ungesicherte Arbeitsverhältnisse, welche sich als Dauerbelastung für den Gesundheitszustand erweisen und vor allem psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Magenschmerzen nach sich ziehen.

Demgegenüber wird Arbeitslosigkeit als kritisches Lebensereignis angesehen, welches entsprechende Bewältigungskompetenzen erfordert. Bereits Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel analysierten 1933 Arbeitslosigkeit in ihren sozialen, psychischen und gesundheitlichen Auswirkungen, zu denen vor allem ökonomisch ungesicherte Verhältnisse, Verlust der Tagesstruktur und sozialer Kontakte sowie Reduktion des Selbstwertgefühls betroffener Personen zählen. Hält Arbeitslosigkeit über einen nicht absehbaren Zeitraum an, so entwickeln Betroffene zusätzlich gesundheitlich riskante Lebensweisen wie beispielsweise übermäßiger Alkoholkonsum. Frauen, welche tendenziell als sozial benachteiligt gelten, weisen einerseits eine höhere Anzahl an Arztbesuchen auf, andererseits definieren sie ihre gesundheitliche Situation durchaus kritischer. Dennoch haben Frauen von Beginn eine höhere Lebenserwartung, welche sich bereits in den Säuglingssterblichkeitsraten zeigt. Als Gründe für diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden sowohl biologische Faktoren als auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen angesehen.

Gesundheit ist ein gesellschaftliches Produkt, denn unsere Lebensumstände beeinflussen zusammen mit unseren Genen den Gesundheitszustand nachhaltig. Gegenwärtige gesellschaftliche Strukturen tragen letztlich zur Aufrechterhaltung gesundheitlicher Ungleichheit bei.

In postmodernen Gesellschaften kumulieren soziale Benachteiligungen und entwickeln eine Eigendynamik,

welche sich nur schwer abfedern lässt.

Als Errungenschaft (post)moderner Gesellschaften gilt die Gleichheit der Chancen aller Gesellschaftsmitglieder. Diese Chancen beziehen sich auf Wissen, Geld, Macht und Prestige. Dass eine Gleichheit von Chancen nicht mit einer tatsächlichen Gleichheit in allen Gesellschaftsbereichen einhergeht, ist bekannt. Dass allerdings zunehmend die Chancengleichheit verringert wird, stimmt nachdenklich.

In einer reichen Gesellschaft wie in Österreich haben beispielsweise 251.000 Menschen weniger als 595 Euro pro Monat zur Verfügung (Statistik Austria 2008, EU-SILC 2006). Es stimmt nachdenklich, dass Teile der Gesellschaft an zuviel und andere an zuwenig Arbeit „leiden“. Letztlich kostet diese Ungleichverteilung unserer Gesellschaft Ressourcen.

Je mehr eine Gesellschaft die Verringerung der Einkommensunterschiede sowie Chancengleichheit erreicht, desto eher wird die Lebenserwartung und die Möglichkeit, gesund zu bleiben, steigen.

Sozial- und gesellschaftspolitische Maßnahmen erscheinen aus diesem Grunde wesentlich, denn sie stärken implizit gesundheitliche Ressourcen und tragen zu einer Verringerung der Unterschiede in Morbidität und Mortalität bei.

Literaturhinweise

¹ vgl. Hradil, St. (2000). Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung und Mobilität. In: Korte, H./Schäfers, B. (Hrsg.). Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. Leske + Budrich, Opladen. 5. Auflage. S. 199 ff.

² vgl. Bolte, K.M./Dappe, D./Neidhart, F. (1975). Soziale Ungleichheit. Opladen

³ Dechmann, B./Ryffel, Ch. (2001). Soziologie im Alltag. Eine Einführung. Beltz Verlag, Weinham – Basel. 11. Auflage. S. 214

⁴ vgl. Wendt, W.R. (1988). Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 135. S. 80

⁵ vgl. Hurrelmann, K. (2003). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa Verlag Weinheim und München. 5. Auflage. S. 86

⁶ vgl. Oppholzer, A. (1986). Wenn du arm bist, musst du früher sterben. Hamburg, S. 33.