

Die sozialwissenschaftliche Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten

Alexander Schulze



Alexander Schulze

Zusammenfassung

Gesundheitliche Unterschiede werden nicht nur durch genetische und andere biologische Dispositionen, sondern auch durch soziale, ökonomische und umweltbedingte Faktoren geprägt. Zudem prägt die Gesundheit Lebenschancen und Lebensrisiken, deren Untersuchung traditionell Gegenstand der Soziologie ist. Der Beitrag zeichnet Analyseverfahren und Schlussfolgerungen nach.

1. Einleitung

Das Thema „Gesundheit“ ist nicht allein Sache der Medizin. Denn gesundheitliche Unterschiede werden nicht nur durch genetische und andere biologische Dispositionen, sondern auch durch soziale, ökonomische und umweltbedingte Faktoren geprägt. Zudem prägt die Gesundheit Lebenschancen und Lebensrisiken, deren Untersuchung traditionell Gegenstand der Soziologie ist. Daher bemüht man sich in der Soziologie seit längerem, gesundheitsrelevantes Verhalten und Veränderungen im Gesundheitszustand vor dem Hintergrund gegebener Gesellschaftsstrukturen zu beschreiben.

Dabei gilt es mittlerweile als erwiesen, dass in praktisch allen modernen Ländern Krankheits- und Sterberisiken sozialschichtspezifisch verlaufen. Insbesondere ein höheres Einkommen, eine bessere berufliche Stellung und ein höheres Bildungsniveau wirken sich positiv auf den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung aus (vgl. Abschnitt 2). Allerdings reichen diese drei klassischen Schichtungsmerkmale zur Erklärung des Zusammenhangs von sozialen Bedingungen und Gesundheit nicht aus. Auch Lagemerkmale wie der Familienstand, das Alter, das Geschlecht und die ethnische Zugehörigkeit von Personen spielen eine bedeutende Rolle bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten (vgl. Abschnitt 3). Neben diesen „objektiven“ sozio-ökonomischen und sozio-demographischen Merkmalen hat die Soziologie in den letzten Jahren aber auch auf die gesundheitliche Bedeutung „subjektiver“ Komponenten der Lebensführung hingewiesen. Sie spiegeln sich insbesondere

in umfassenden und alltagsübergreifenden Gesundheitslebensstilen wider (vgl. Abschnitt 4).

2. Soziale Schichtung und Gesundheit

Die meisten Krankheiten und frühzeitigen Todesfälle kommen desto häufiger vor, je niedriger die soziale Schicht ist

In Deutschland und mehr noch im Ausland liegt eine kaum noch zu überblickende Fülle von empirischen Befunden zu schichtspezifischen Gesundheitsunterschieden vor (u.a. Mielck, 2000). Die hierbei gefundenen Ergebnisse sind weitgehend unabhängig davon, wie soziale Schichtung genau gemessen wird, welche gesundheitlichen Indikatoren verwendet werden und in welchen Ländern untersucht wurde. Übereinstimmend zeigen sie, dass die meisten Krankheiten und frühzeitigen Todesfälle desto häufiger vorkommen, je niedriger die soziale Schicht ist, der die Menschen angehören. Es existieren nur sehr wenige Krankheitsbilder (z.B. verschiedene Allergien und weiblicher Brustkrebs), die in allen Schichten gleich häufig oder gar in besser gestellten Schichten häufiger auftreten (Schneider et al., 2006). Die überwiegende Mehrzahl der Untersuchungsergebnisse zeigt zusätzlich, dass die Angehörigen der unteren Sozialschicht ihre eigene Gesundheit auch schlechter einschätzen und häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen ihrer Lebensqualität im Alltag berichten.

Die Angehörigen der unteren Sozialschichten sind häufiger von körperlichen und psychischen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden, Unfallverletzungen sowie Behinderungen betroffen als Personen, die oberen Schichten zugehören. Beispielsweise ist das Risiko, (jemals) einen Schlaganfall zu erleiden, bei Männern der unteren Schicht ca. 1,9-mal und bei Frauen sogar 2,9-mal höher als in der Oberschicht (Lampert & Ziese, 2005). Das Risiko, an Diabetes Mellitus zu erkranken, ist für Unterschichtsangehörige ähnlich erhöht: für Männer 1,7- und für Frauen 2,8-fach. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine längerfristige Krankheit oder Gesundheitsstörung auftritt, ist bei Männern bzw. Frauen der Unterschicht ca. 1,3-mal bzw. 1,4-mal mal höher als bei Personen aus der Oberschicht.

durchschnittliche Lebenserwartung

Auch die Verteilung der Sterblichkeit verläuft sozialschichtspezifisch. Wer der unteren Schicht angehört, lebt meist kürzer als die Mitglieder oberer Schichten. In Deutschland ist zum Beispiel die durchschnittliche Lebenserwartung von Personen mit Abitur um mehr als drei Jahre höher als die von Personen ohne Abitur. Andererseits weisen Personen in Niedrigeinkommenslagen (d. h. Menschen mit einem bedarfsgewichteten Pro-Kopf-Haushaltseinkommen von weniger als 60 Prozent des bundesdeutschen Durchschnitts) eine insgesamt 10 Jahre geringere Lebenserwartung auf als einkommensstarke Personen (, die über ein bedarfsgewichteten Pro-Kopf-Haushaltseinkommen von mehr als 150 Prozent des Durchschnitts verfügen). In ähnlicher Weise ist auch die sogenannte „aktive Lebenserwartung“ schichtspezifisch differenziert: Menschen, die unteren Schichten zugeordnet werden, müssen demnach nicht nur mit einer kürzeren Gesamtlebenszeit rechnen, sondern auch mit einem kürzeren Leben in Gesundheit.

2.1 Wo liegen die Ursachen des Schichteinflusses auf die Gesundheit?

Die bislang vorgestellten Befunde erwecken den Eindruck, dass sich der Sozialstatus in starkem Maße direkt auf die Gesundheit auswirkt. Bevor man diesen Eindruck für bare Münze nimmt, ist daran zu erinnern, dass die bislang vorgestellten Forschungsergebnisse zunächst nicht mehr als statistische Korrelationen darstellen. Sie sagen nichts über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge aus.

Was die *Wirkungsrichtung* betrifft, so mag es sein, dass die Schichtzugehörigkeit die „Ursache“, die Erkrankung bzw. der Tod die „Wirkung“ darstellen (Kausationshypothese). Dies muss jedoch nicht so sein. Korrelationen zwischen Sozialstatus und Krankheit können auch zu Stande kommen, wenn eine schlechte gesundheitliche Verfassung die „Ursache“ dafür ist, dass Personen nur einen niedrigen Sozialstatus erreichen, weil sich die Gesundheit auf die Arbeitsmarkt- und Karrierechancen auswirkt (Selektions- bzw. Drifthythese). Die Frage ist also, ob die Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht das Risiko erhöht, vermehrt zu erkranken oder früh zu sterben. Oder führen umgekehrt Krankheiten dazu, dass Menschen in niedrige Schichten gelangen oder dort verbleiben, während gesunde Menschen in höhere Schichten aufsteigen? Eine empirisch begründete Entscheidung zwischen beiden Hypothesen ist aus Querschnittstudien nicht zu erhalten. Diese Momentaufnahmen zeigen nur zeitpunktbezogene Übereinstimmungen auf. Sie weisen z.B. darauf hin, dass in unteren Schichten mehr Herz-Kreislauf-Krankheiten auftreten als in oberen. Wo die Ursachen und wo die Wirkungen zu finden sind, wie langfristig Faktoren wirken müssen, um Wirksamkeit zu erzielen, bleibt im Dunkeln. Längsschnittstudien, in denen die gleichen Personen immer wieder untersucht werden, und daraus gewonnene Paneldaten können bessere Antworten geben, da Ursachen stets zeitlich vor den Wirkungen auftreten. Solche empirischen Längsschnittuntersuchungen belegen, dass gesundheitsbedingte soziale Auf- und Abstiege zwar vorkommen, aber ihr Einfluss insgesamt zu gering ist, um die klaren Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Morbidität bzw. Mortalität zu erklären. An der „Kausationshypothese“ ist also wesentlich mehr „dran“ als an der „Selektions- bzw. Drifthythese“.

Kausationshypothese

Selektions- bzw. Drifthythese

Wenn die Wirkungsrichtung „Armut macht krank“ also nachweislich viel stärker ausgeprägt ist als die Richtung „Krankheit macht arm“, dann fragt sich, *wie* sich Armut bzw. die Schichtzugehörigkeit auf die Gesundheit auswirkt. Erste Vermutungen gehen oft davon aus, dass die drei genannten Schichtfaktoren Bildung, Beruf und Einkommen durchaus *direkte und unmittelbare* Konsequenzen für die Gesundheit haben, sei es, dass das Ausmaß der Schicht-Ressourcen Geld und Wissen für die Erhaltung der Gesundheit eine unmittelbare Rolle spielt, sei es, dass mit dem Leben und Arbeiten in niedrigeren Schichten höhere Belastungen und damit direkte Gesundheitsschädigungen verbunden sind. Tatsächlich liegen Arbeiten vor, die zeigen, dass zum Beispiel absolute Einkommensarmut (etwa eines alleinstehenden Wohnungslosen) unmittelbar zu gesundheitlichen Konsequenzen führt. Die aus einer solchen Unterversorgung resultierenden gesundheitlichen Nachteile liegen auf der Hand. Die betroffenen Perso-

direkte und unmittelbare Konsequenzen der Schichtfaktoren

nen können sich beispielsweise keine gesunden Wohnbedingungen und Nahrungsmittel leisten. Unmittelbare Einflüsse finden sich aber auch in anderen Bereichen, zum Beispiel im Berufsleben. Wer sich ständig körperlich anstrengen muss (u.a. schwere Lasten heben), wer schädlichen Umwelteinflüssen (z.B. Lärm, Hitze) oder gesundheitsgefährlichen Stoffen (z.B. Staube, Gase) ausgesetzt ist, arbeitet unter Bedingungen, die direkte und unmittelbar berufsbedingte Gesundheitsnachteile nach sich ziehen.

Um das erhebliche Ausmaß des Zusammenhangs zwischen der Schichtzugehörigkeit der Menschen bzw. einer bestehenden Armutslage und ihrem Gesundheitszustand erklären zu können, reichen die genannten unmittelbaren und „direkt“ wirkenden Mechanismen allerdings nicht aus. In vielen Fällen müssen soziale und psychische Faktoren hinzu kommen, um die gesundheitlichen Wirkungen des Schichtungsfaktors zu Stande zu bringen. Solche „*subjektiv*“ und *meist indirekt* wirkenden Schichtfaktoren sind zum Beispiel psychische berufliche Belastungen (Stressoren), die sich auf die Gesundheit auswirken. Aus geistig-seelischen Berufsbeanspruchungen, hervorgerufen zum Beispiel durch Monotonie, Zeitdruck oder den stetigen Zwang zur Freundlichkeit, entsteht besonders dann gesundheitsschädigender Stress, wenn Berufstätigkeiten zugleich hohe quantitative Arbeitsanforderungen und geringe Kontrollspielräume enthalten, oder wenn lang andauernde Risiken existieren, denen keine entsprechenden Gratifikationen gegenüberstehen bzw. wenn Ungleichgewichte zwischen Anforderungen und Belohnungen bestehen (vgl. Siegrist & Dragano, 2006).

„subjektiv“ und
meist indirekt
wirkende
Schichtfaktoren

Wer unteren sozialen Schichten angehört, verfügt zudem häufig über geringere soziale Unterstützungen und über schwach ausgebildete Fertigkeiten, mit beruflichen Belastungen umgehen zu können (Coping-Strategien). Ihr Fehlen würde selbst dann zu einer höheren gesundheitlichen Beanspruchung führen, wenn die „objektive“ Belastung nicht größer wäre als in den höheren Schichten. Damit verbunden sind auch schichtspezifische Unterschiede der sog. Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*), das heißt der Fähigkeit, tatsächlich Handlungen ausführen zu können, die zu den gewünschten Zielen führen. Zudem mangelt es in unteren Schichten auch an entsprechenden gesundheitsförderlichen sozialen Netzen, an Entspannungstechniken, an Kenntnissen über Gefahrenquellen und entsprechenden Abhilfemaßnahmen sowie generell an optimistischen und aktiven Einstellungen über die Gestaltbarkeit von Lebensumständen. Dabei spielen Kontrollüberzeugungen eine entscheidende Rolle, also generalisierte Erwartungshaltungen eines Individuums darüber, ob es durch eigenes Verhalten wichtige Ereignisse in seinem Leben beeinflussen kann oder nicht. Es zeigt sich immer wieder, dass Personen aus der Oberschicht Lebensereignisse eher *internal* und selbstgesteuert, also durch eigene Fähigkeiten und Eigenschaften kontrollieren, während der Lebensweg von Personen die der Unterschicht zugehören häufiger *external* gesteuert sind, also durch äußere situative Einflüsse kontrolliert und wahrgenommen.

internale und
externale Steuerung
des Lebensweges

Wissen und Bildung

Die zuletzt genannten Faktoren sind in hohem Maße eine Frage des Wissens und der Bildung. Auf diese Weise vermittelt nimmt Bildung Einfluss auf die Deutung, Wahrnehmung und Verarbeitung von Symptomen und verbessert das individuelle Verhaltensrepertoire im Hinblick auf den Umgang mit belastenden Lebensereignissen und Stress. Wer über mehr gesundheitliches Wissen und über

mehr Handlungskompetenzen in Belastungssituationen verfügt, vermeidet auch eher Risikoverhaltensweisen oder geht besser mit deren Folgen um. Die Bildung wirkt sich so beispielsweise auf Kenntnisse, Einstellungen, Kontrollüberzeugungen und Werthaltungen und dadurch vermittelt auf alle relevanten Gesundheitsverhaltensweisen aus: auf die Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorge- und Versorgungsleistungen und vor allem auf (Nicht-)Rauchen, Ernährung, körperliche Betätigung und Alkoholkonsum.

Bereits die wenigen eben genannten Verhaltensweisen können einen großen Teil der längeren Lebenserwartung der höheren Bildungsschichten erklären. Aktuelle Befunde zeigen, dass in Deutschland mehr als 64 Prozent der Männer und 50 Prozent der Frauen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr rauchen, wenn sie der Unterschicht angehören, im Vergleich zu ca. 45 Prozent (Männer) bzw. ca. 33 Prozent (Frauen) in der sozialen Oberschicht (Schulze & Lampert, 2006). Angehörige der Unterschicht rauchen jedoch nicht nur insgesamt häufiger, sondern beginnen im Lebensverlauf auch früher mit dem Rauchen und verbrauchen zudem täglich mehr Zigaretten als Raucher in höheren Sozialschichten. Da das Rauchen in Deutschland jährlich über 100.000 Todesopfer fordert, ist der Einfluss des Tabakkonsums auf die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten kaum zu überschätzen. Aber auch starkes Übergewicht findet sich in den niedrigsten Bildungsschichten bei mindestens 18-jährigen Männern (Frauen) bis zu 2-mal (3-mal) häufiger als bei Gebildeteren. Sportlich inaktiv sind in unteren Schichten zwei Mal mehr Männer und Frauen als in den obersten (vgl. zusammenfassend Lampert & Ziese, 2005).

Sowohl das Auftreten gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen (Rauchen, Bewegungsmangel, zu kalorien-, fett- und kohlehydrathaltiges Essen), aber auch deren gesundheitliche Auswirkungen sind eine Frage der Schichtzugehörigkeit (Klein et al., 2001). So steigen die negativen Auswirkungen von gesundheitsschädlichem Verhalten mit sinkender Schichtzugehörigkeit, umgekehrt vergrößern sich die positiven Effekte einer gesundheitsförderlichen Lebensweise mit steigender Sozialschichtzugehörigkeit. Hinzu kommt, dass die meisten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen stark untereinander korreliert sind, d. h. wer bestimmte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen aufweist, verhält sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in anderer Hinsicht gesund. Entsprechend weisen Personen aus unteren Sozialschichten häufig in mehr als nur einer Hinsicht eine ungesunde Lebensweise auf. Diese Kombination gesundheitsriskanter Verhaltensweisen erhöht das Mortalitätsrisiko zusätzlich, da sich die mit den einzelnen Verhaltensweisen verbundenen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken häufig potenzieren.

2.3 Grenzen des Schichtansatzes

Die vorstehenden Abschnitte haben gezeigt, dass sich die Schichtzugehörigkeit und deren Merkmale auf das Krankheits- und Sterberisiko beeindruckend deutlich auswirken. In statistischer Hinsicht sind diese Zusammenhänge auch sehr gut erforscht. Über die Kausalprozesse, die das Leben in unteren Schichten und in Armut so viel gesundheitlich riskanter machen als ein Dasein in vorteilhaft-

ren Umständen, wissen wir aber nur ausschnitthaft Bescheid. Es kann keine Rede davon sein, dass geschlossene Kausalinformationen hierzu existieren. Ganz zu schweigen davon, dass wir in der Lage wären, den Weg sozialer Faktoren bis in organische Prozesse hinein zu verfolgen.

Auffällig ist hierbei, dass sich die direkte Wirksamkeit schichtspezifischer Lebensbedingungen offenbar in Grenzen hält. Indirekte, häufig sozial und psychisch vermittelte Auswirkungen sind wohl sehr viel wirkungsmächtiger. Mit solchen sozialen Vergleichsprozessen und den wachsenden Unterschieden schichtspezifischen Gesundheitsverhaltens ist es wohl auch zu erklären, dass trotz der allgemeinen Verbesserung der objektiven Lebensbedingungen und trotz des insgesamt steigenden Lebensstandards in modernen Gesellschaften die gesundheitlichen Ungleichheiten nicht geringer geworden sind.

schichtexterne
Einflussfaktoren

Gravierende gesundheitliche Ungleichheiten finden sich aber auch innerhalb sozialer Schichten. Und manche ähnliche Gesundheitsstrukturen lassen sich auch über Schichtgrenzen hinweg beobachten. Neben den Strukturen schichtspezifischer Morbidität und Mortalität müssen sich also weitere, schichtexterne Einflussfaktoren auf die Gesundheit finden. Es wäre also ein Fehler, nach der Analyse der klar erkennbaren schichtspezifischen Gesundheitsungleichheiten halt zu machen und zu meinen, wir wüssten nun über die soziale Ungleichheit der Krankheits- und Sterberisiken ausreichend Bescheid. So sagen Schichtungsanalysen nichts über die „horizontalen“ sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Mann und Frau, Alt und Jung, Migranten und Einheimischen oder zwischen Ledigen und Verheirateten aus. Es wird sich im Folgenden zeigen, dass die zuletzt genannten „horizontalen“ gesundheitlichen Ungleichheiten eher noch häufiger aus psychosozialen Gründen zustande kommen als das „vertikale“ schichtspezifische Morbiditätsgefälle.

3. „Horizontale“ Ungleichheiten der Gesundheit

geschlechts-
bezogene
Gesundheits-
ungleichheit

Besonders eindeutige gesundheitliche Auswirkungen haben der vorliegenden Literatur zufolge der Familienstand bzw. die Lebensform, die Nationalität und das Alter sowie das Geschlecht der Menschen. Als dramatischste Auswirkung *geschlechtsbezogener* Gesundheitsungleichheit gelten dabei die Unterschiede in der Lebenserwartung. Im Jahre 2006 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen 76 Jahre und die neugeborener Mädchen 82 Jahre. Frauen leben im Durchschnitt also ca. 6 Jahre länger als Männer. Allerdings geben Frauen häufiger als Männer an, krank zu sein. Dies gilt ab dem 15. Lebensjahr bis ins mittlere Alter und im höheren Alter. Ursächlich für die von jungen Frauen öfter berichteten Beeinträchtigungen sind vor allem Krankheiten des Verdauungssystems, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie psychische und Verhaltensstörungen. Bei Frauen im mittleren Alter gehören Komplikationen in der Schwangerschaft und Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane zu den häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt. In höherem Alter zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr sind Männer dagegen häufiger

als Frauen krank, was vor allem auf Krebserkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen ist.

Zudem bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten. So rauchen Frauen zwar seltener. Wenn sie einmal damit begonnen haben, hören sie aber auch seltener wieder damit auf. Frauen achten zudem stärker auf eine gesunde Ernährung. Sie leiden aber insbesondere im Jugendalter häufiger an Untergewicht (15,1% gegenüber 9,9% der Jungen). Jungen dagegen sind deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen (8,4% gegenüber 5% bei Mädchen).

Auch der *Familienstand* bzw. die Lebensform der Menschen und die damit einhergehenden Lebensverhältnisse beeinflussen den Gesundheitszustand. Beispielsweise leben Verheiratete länger als Ledige, wobei diese Tatsache nicht durch die besseren Heiratschancen Gesunder erklärt werden kann. Der Gesundheitsvorteil des partnerschaftlichen Zusammenlebens bleibt zudem auch nach der Kontrolle sozioökonomischer Merkmale erhalten. Dabei profitieren Männer gesundheitlich eher als Frauen. Verheiratete neigen zudem insgesamt seltener zu Gesundheit gefährdenden Verhaltensweisen, schon gar nicht zu mehreren gleichzeitig, da die Partner von ihrer gegenseitigen gesundheitlichen Kontrolle profitieren.

Familienstand

Auch die Lage der *Migranten* ist mit erheblichen gesundheitlichen Nachteilen verbunden. Die (insgesamt wenigen) Ergebnisse für den deutschsprachigen Bereich zeigen, dass sich Migranten psychisch unausgeglichener fühlen als die einheimische Bevölkerung. Migranten weisen auch häufiger psychische Störungen auf. Dies betrifft vor allem Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus (Asylsuchende). Personen mit Migrationshintergrund schätzen zudem ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter ein (Lampert & Ziese, 2005). Allerdings weisen neuere Befunde auch auf gegenläufige Zusammenhänge von Gesundheit und Migration hin: Einige Migrantengruppen weisen im Hinblick auf Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen bessere Mortalitätsraten auf als die deutsche Vergleichsgruppe.

Migranten

3.1 Wo liegen die Ursachen des Einflusses „horizontaler“ Faktoren auf die Gesundheit?

Wieso leben Frauen länger als Männer, fühlen sich gleichzeitig aber häufiger als diese krank? Hilfreich zur Beantwortung dieser Fragen ist zunächst die Differenzierung zwischen dem biologischen Geschlecht (*sex*) und dem sozialen Geschlecht (*gender*). Neben „naturgegebenen“ Unterschieden kommen demnach auch soziale Kontexte als Ursachen in Frage. So ermöglichen zum Beispiel gesellschaftlich unterstützte Rollenbilder Doppelbelastungen von Frauen durch Familie und Beruf und fördern hierdurch gesundheitliche Belastungen. Dabei sind diese durch die Doppelbelastung hervorgerufenen gesundheitlichen Einschränkungen fast genauso groß wie der gesundheitliche Vorteil durch Familie und Erwerbstätigkeit (Cramm et al., 1998). Andererseits spielen psychosoziale Determinanten, zum Beispiel die geschlechtsspezifische Körperwahrnehmung eine Rolle. Wie bereits gezeigt wurde, sind zwar insgesamt mehr Jungen als

soziale Kontexte

Mädchen tatsächlich übergewichtig, dennoch schätzen sich Mädchen häufiger zu dick ein, was auf eine problematische Einschätzung des eigenen Körperbilds hindeutet. Die genannten objektiven und subjektiven sozialen Faktoren schließen freilich nicht aus, dass auch das biologische Geschlecht gesundheitsrelevante Unterschiede, etwa die längere Lebenserwartung, erklären kann.

Einbettung in soziale Netzwerke bzw. in soziale Beziehungen

Gesundheitsunterschiede sind auch stark mit der individuellen Einbettung in soziale Netzwerke bzw. in soziale Beziehungen verbunden. Als soziales Netzwerk mit besonderem gesundheitlichem Potenzial gilt dabei der familiäre Lebenskontext, das heißt die Anwesenheit bzw. Abwesenheit von (Ehe-)Partnern, Kindern, Eltern und Großeltern. Ein intaktes familiäres Netzwerk bietet emotionale Unterstützung, puffert kritische Lebensereignisse, mindert die Risikobereitschaft und ergänzt die professionelle Gesundheitsversorgung. Partner üben offenbar eine günstige gesundheitliche Verhaltenskontrolle aufeinander aus. Sie fördern deshalb „gesunde“ Lebensweisen entscheidend. Partnerschaften gelten als sinnstiftende und Rückhalt gewährende Sozialbeziehungen, die insbesondere in kritischen Lebenslagen abrufbar sind.

Andererseits gehen mit der familiären Unterstützung aber immer auch Belastungen einher, insbesondere für diejenigen Familienangehörigen, die die notwendigen Ressourcen zur Unterstützung bereitstellen. Familiäre Beziehungen sind deshalb nicht nur durch wechselseitige Solidarität und Harmonie gekennzeichnet, sondern auch durch Situationen, die Energie und Zeit kosten und Konflikte und Ambivalenzen enthalten. Damit ist der Familienkontext nicht nur als wichtige Gesundheitsressource anzusehen, sondern auch als Stressor, mit möglichen negativen Folgen für die Familienmitglieder. Insbesondere in intergenerationaler Perspektive ist von einem ambivalenten Einfluss der familiären Beziehungen auf die Gesundheit der Familienmitglieder auszugehen, da die aus der familiären Unterstützung wechselseitig resultierenden Belastungen und Entlastungen im Generationenvergleich ungleich verteilt sind. Während z.B. Kinder und Senioren vorwiegend als Empfänger von emotionaler, kognitiver und instrumenteller Unterstützung angesehen werden, sind Erwachsene im mittleren Lebensalter überwiegend für die Bereitstellung der gesundheitsrelevanten familiären Ressourcen verantwortlich. Insbesondere mit zunehmendem Alter der Eltern werden die erwachsenen Kinder mit neuen Lebenssituationen konfrontiert, die durch eine zunehmende Verantwortlichkeit für die alternden Eltern gekennzeichnet sind.

ambivalenter Einfluss der familiären Beziehungen auf die Gesundheit

Wenn nach den Gründen für die spezifische Gesundheitssituation von Migranten gefragt wird, ist zunächst zu berücksichtigen, dass die meisten Menschen mit Migrationshintergrund den unteren Schichten angehören: Viele Migranten sind daher den Risiken ausgesetzt, die ein niedriger Sozialstatus mit sich bringt. Allerdings sind in der sozialen Lage von Migranten zahlreiche weitere Faktoren von gesundheitlicher Bedeutung. Beispielsweise treten sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis auf, die auch im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung zum Tragen kommen. Migration ist nicht zuletzt ein Lebensereignis, das die individuelle Biografie sowie die Familienentwicklung über mehrere Generationen prägt. Hinzu kommen spezielle psychosoziale Belastungen im Zuge der Migration, wie zum Beispiel Trennung von der Familie, Diskriminierung oder unklarer Aufenthaltsstatus.

3.3 Grenzen der Erklärung durch „objektive“ und „horizontale“ Faktoren

Ähnlich wie die „vertikalen“ Schichtfaktoren beziehen sich die zuletzt genannten „horizontalen“ Faktoren auf „objektive“ Lebensumstände, die auch unabhängig vom Denken und Handeln der Menschen wirksam sind. Allerdings ging aus den skizzierten empirischen Befunden hervor, dass sich gerade (un)vorteilhafte gesundheitliche Auswirkungen meist im Zusammenwirken zwischen „objektiven“ und „subjektiven“ Prozessen ergeben. Solange diese psychosozialen Prozesse sich als Folge der jeweiligen „objektiven“ Determinanten (z.B. des Geschlechts) mehr oder minder zwangsläufig einstellen, können sie als Bestandteil der jeweiligen Faktoren aufgefasst werden. Anders ist es, wenn Denk-, Verhaltens- oder Interaktionsmuster kontingent sind, wenn (z.B. bei Frauen) aus welchen Gründen auch immer sehr unterschiedliche Denk- und Verhaltensmuster zu beobachten sind. Hier hilft unter Umständen das Lebensstilkonzept weiter.

4. Gesundheitslebensstile

Menschen ändern ihr Verhalten und ihre Einstellungen nicht jeden Tag. Wichtige Verhaltens- und Einstellungsmuster (z.B. ästhetische Ansichten, Ernährungsweisen, Kleidungsstile oder Freizeitgestaltungen) werden vielmehr zu Routinen und bleiben über längere Zeit bestehen. Solche Gewohnheiten gelten zusammen mit anderen Kennzeichen als persönliche Merkmale. Nicht selten werden bestimmte Verhaltens- und Denkweisen genau zu diesem Zweck gepflegt, um nämlich von Mitmenschen in bestimmter Weise „gesehen“ zu werden. Die einzelnen alltäglichen Verhaltens- und Denkroutinen fügen sich im Leben der Menschen zu einem Ensemble von Alltagsgewohnheiten, dem die persönlichen Einstellungen einen Sinn verleihen. Dieser individuelle Lebensstil kann unauffällig oder grell, konsistent oder voller Widersprüche sein (vgl. Hradil, 2005: 67ff).

Folgende sozialwissenschaftlichen Definition fasst dies zusammen: „Ein Lebensstil beruht auf der individuellen Organisation und expressiven Gestaltung des Alltags, wird in biographischen Prozessen entwickelt und bildet eine Synthese von bewusst vorgenommenen und unbewusst routinisierten Verhaltensweisen, Einstellungen und Zielvorstellungen.“ Ein Lebensstil ist demnach ein regelmäßig auftretender Gesamtzusammenhang von Verhaltensweisen, Interaktionen, Meinungen, Wissensbeständen und bewertenden Einstellungen eines Menschen (Hradil, 2006: 161).

Lebensstil

In den Einstellungen und Verhaltensroutinen der Menschen, mithin in ihrem Lebensstil, zeigt sich erst, was die Ausstattung mit bestimmten Ressourcen (z.B. mit Einkommen) und Bedingungen (z.B. Arbeitsbedingungen) in ihrem Leben konkret bedeutet. Lebensstile produzieren andererseits über die bereits gezeigten objektiven Schicht- und Lagebedingungen hinaus soziale Ungleichheiten eigener Art. Lebensstile trennen respektierte von wenig respektierten Lebenswei-

sen und heben Distinktion über „Allerweltslebensstile“ hinaus. Vermutlich kümmern sich Menschen um diese sozialen Ungleichheiten der Lebensstile ebenso sehr wie um die materiellen Bedingungen ihres Lebens und deren Folgen.

Erst die Beachtung des Gesamtzusammenhangs von (Gesundheits-)Lebensstilen als komplexe Verhaltens- und Denkstile vermag zu erklären, wieso es Menschen oft so schwer fällt, einzelne, auch von ihnen als gesundheitsschädlich erkannte Verhaltensweisen zu ändern (z.B. das Rauchen einzustellen oder mehr Sport zu treiben). Das Konzept der Gesundheitslebensstile erlangte unter anderem deshalb in Presse und Politik so große Popularität, weil Gesundheitslebensstile viel leichter und billiger änderbar erschienen als etwa das schichtspezifische Gesundheitsgefälle. Man meinte, so relativ schnell und billig gesundheitliche Verbesserungen erzielen zu können. Gerade das Lebensstilkonzept als Gesamtzusammenhang von Lebenseinstellungen und Verhaltensroutinen macht aber deutlich, dass Lebensstile so leicht nun auch wieder nicht änderbar sind.

4.1 Empirische Befunde zu Gesundheitslebensstilen

Obwohl das Lebensstilkonzept in den Gesundheitswissenschaften vergleichsweise neu ist, liegen immer mehr empirische Untersuchungen vor. Sie zeigen, dass sich individuelle zu sozialen Gesundheitslebensstilen verallgemeinern lassen: Es gibt typische Kombinationen individueller Einstellungen und Gesundheitsverhaltensweisen in bestimmten Personengruppen der Gesellschaft. Und es gibt Zusammenhänge zwischen diesen typischen Gesundheitslebensstilen und dem Krankheitsgeschehen.

Lebenserwartungs-
survey

Mit Daten des Lebenserwartungssurveys konnten z.B. aus der Kombination von mehr als 15 relevanten Einzelmerkmalen (u.a. Bildung, berufliche Aktivität, Body-Mass-Index, Sport, Rauchen, Sensibilität etc.) Gruppen und deren jeweilige gesundheitliche Verhaltenssyndrome (re)konstruiert werden. Ihnen wurden Namen wie „Interventionisten“, „Nihilisten“, „Aktive Bon Vivants“ und „Frühere Workaholics“ gegeben, die auf den Kern der jeweiligen Gesundheitslebensstile hinweisen. Es zeigte sich zum Beispiel, dass fast 58% der Frauen, aber nur 11% der Männer zur Gruppe der „Interventionisten“ gehörten (Luy & Di Giulio, 2005).

Auch Lüschen und Niemann (1994) beziehen neben Verhaltensweisen auch Einstellungen in ihre Definition eines „Gesundheitslebensstils“ ein. Sie kamen unter anderem zum Ergebnis, dass ein sehr gesundheitsbeflissener Lebensstil in seinen Auswirkungen möglicherweise recht „ungesund“ ist. In jedem Fall wiesen die „Interventionisten“, die ständig auf ihren Gesundheitszustand achten und viel unternehmen, um ihn zu verbessern, eine schlechtere Gesundheit auf als die etwa gleich alten, aber viel weniger gesundheitsorientierten „Gesundheitspraktiker“. Inwieweit ein „interventionistischer“ Gesundheitslebensstil tatsächlich ungesund ist oder aber ein bereits angeschlagener Gesundheitszustand häufig zu jenem „interventionistischen“ Gesundheitslebensstil führte, war in der zeitlichen Momentaufnahme dieser empirischen Studie freilich noch nicht zu ermitteln.

4.2 Können Gesundheitslebensstile erklären? Möglichkeiten und Grenzen

Lebensstilstudien, auch jenen zu Gesundheitslebensstilen, wird gelegentlich der Vorwurf gemacht, sie seien tautologisch angelegt. Wenn (Gesundheits-)Lebensstile ganz oder teilweise aus Verhaltensvariablen bestehen, und hieraus wiederum (Gesundheits-)Verhalten und Gesundheitszustände erklärt werden soll, stelle das – so wird argumentiert – eine offenkundige Tautologie dar. Dem widersprechen Lebensstilforscher. Sie argumentieren, dass Lebensstile gesellschaftliche Muster und deshalb auch vergleichsweise stabil seien. Sie würden von Gesellschaftsmitgliedern (wieder)erkannt, übernommen oder abgelehnt und oft auch symbolisch kenntlich gemacht. Aufgrund dieser sozialen Eigenständigkeit seien (Gesundheits-)Lebensstile als Erklärungsmomente für bestimmte einzelne (Gesundheits-)Verhaltensweisen und somit für gesundheitliche Unterschiede durchaus einsetzbar.

Nach den verfügbaren Befunden ist die Erklärungskraft von Lebensstilbefunden auf dem Sektor der Gesundheit geringer als die Erklärungsleistung von Schichtbefunden. Die Gesundheit der Menschen hängt stärker von ihrer Stellung im Gefüge sozialer Schichtung als von ihrem Gesundheitslebensstil ab. Gleichwohl bleiben Gesundheitserklärungen durch Lebensstile von Menschen wichtig. Unter anderem deshalb, weil die „objektiven“ Gefüge sozialer Ungleichheit im Allgemeinen und sozialer Schichtung im Besonderen sich seit einiger Zeit auseinander entwickeln. Die Struktur sozialer Ungleichheit wird nach allem, was wir wissen, wohl auch in Zukunft noch eine ganze Zeit lang auseinander gehen. Arbeitsmarkt regulierenden und sozialstaatlich umverteilenden Maßnahmen wird von den meisten Forschenden allenfalls die Kraft zugesprochen, diese Prozesse zu verlangsamen. Die „objektiven“ Gefüge sozialer Ungleichheit sind also in ihrer Entwicklungstendenz unter heute gegebenen Bedingungen kaum und in ihrer Entwicklungsgeschwindigkeit nur bedingt gestaltbar. Es ist derzeit kaum zu hoffen, durch Veränderungen „objektiver“ Ungleichheiten (z.B. eine Angleichung der Einkommensverteilung) deutliche Gesundheitsverbesserungen zu erzielen. Im Gegensatz dazu sind die (Gesundheits-)Lebensstile der Menschen sehr wohl in Richtung und Geschwindigkeit beeinflussbar. (Auch wenn sie stabiler sind, als vielen Gesundheitspolitikern lieb ist.) Die Erforschung von Gesundheitslebensstilen, wie begrenzt auch immer ihre Wirkung sein mag, steckt also einen wichtigen Raum ab, in dem mit nicht allzu teuren und nebenwirkungsverdächtigen Mitteln Verbesserungen der Gesundheit erzielt werden können. Da die Erforschung von Gesundheitslebensstilen Gruppierungen mit je spezifischen Syndromen von Gesundheitseinstellungen und -verhaltensweisen unterscheidet, können z.B. die Zielgruppen definiert werden, auf die hin Maßnahmen zur Gesundheitsprävention ausgerichtet werden sollten (Muel-ler & Heinzl-Gutenbrunner, 2005).

Zielgruppen für
Gesundheits-
prävention

5. Schluss

Gesundheitschancen sind eng verbunden mit Strukturen sozialer Ungleichheit. Ziel des vorstehenden Beitrags war es, einen Überblick über die wichtigsten Zusammenhänge zwischen Strukturen sozialer Ungleichheit und sozialen Unterschieden von Krankheit und Tod zu geben. Damit verbunden sollten wichtige sozialwissenschaftliche Konzepte vermittelt werden, die geeignet sind, diese Zusammenhänge zu beschreiben und zu erklären.

Literatur

- Cramm C., Blossfeld H.-P., Drobic S. (1998). Die Auswirkungen der Doppelbelastung durch Familie und Beruf auf das Krankheitsrisiko von Frauen. *Zeitschrift für Soziologie*, 27, 341-357.
- Hradil S. (2006). Lebensstil. In B.Schäfers, & J.Kopp (Eds.), *Grundbegriffe der Soziologie*. 9. Aufl. (pp. 206-209). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil S. (2005). Der theoretische Hintergrund - die Gesundheitslebensstile. In K.Gärtner, E.Grünheid, & M.Luy (Eds.), *Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität. Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB* (pp. 65-93). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klein T., Schneider S., Löwel H. (2001). Bildung und Mortalität: Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils. *Zeitschrift für Soziologie*, 30, 384-400.
- Lampert T., Ziese T. (2005) Armut, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Robert Koch-Institut, Berlin
- Lüschen G., Niemann S. (1994). Health Life-Style and Social Stratification. In G.Lüschen (Ed.), *Health Systems in the European Union, Diversity Convergence, and Integration* (pp. 101-112). München: Oldenburg.
- Luy M., Di Giulio P. (2005). Der Einfluss von Verhaltensweisen und Lebensstilen auf die Mortalitätsdifferenzen der Geschlechter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Bevölkerungsforschung. In K.Gärtner, E.Grünheid, & M.Luy (Eds.), *Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität* (pp. 365-392).: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mielck A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mueller U., Heinzl-Gutenbrunner M. (2005). Soziale Lage, Gesundheitslebensstile und Gesundheitsverhalten. In M.Luy (Ed.), *Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität. Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB* (pp. 127-153). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schneider S., Mohnen S., Schiltewolf M. (2006). „Sind Reiche gesünder?“ Epidemiologische Repräsentativdaten zu schichtspezifischen Krankheitsprävalenzen Erwachsener in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131, 1998-2003.
- Schulze A., Lampert T. (2006) *Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland*, Robert Koch-Institut, Berlin
- Siegrist J., Dragano N. (2006). Berufliche Belastungen und Gesundheit. In K.Wendt, & C.Wolf (Eds.), *Soziologie der Gesundheit. Sonderheft 46 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (pp. 109-124).: VS Verlag für Sozialwissenschaften.