

Matthias Richter

Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter

Der Einfluss sozialer Ungleichheit

Matthias Richter

Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter

Matthias Richter

Gesundheit und Gesundheits- verhalten im Jugendalter

Der Einfluss sozialer
Ungleichheit



Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH



+



=



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

VS Verlag für Sozialwissenschaften

Entstanden mit Beginn des Jahres 2004 aus den beiden Häusern

Leske+Budrich und Westdeutscher Verlag.

Die breite Basis für sozialwissenschaftliches Publizieren

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

1. Auflage Februar 2005

Alle Rechte vorbehalten

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2005

Originally published by VS Verlag für Sozialwissenschaften in 2005.

Lektorat: Monika Mülhausen

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

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

ISBN 978-3-531-14528-0 ISBN 978-3-322-89929-3 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-322-89929-3

Inhalt

1	Einleitung	9
2	Soziale Ungleichheit	17
2.1	Zum Begriff der sozialen Ungleichheit	17
2.2	Konzepte zur Erfassung sozialer Ungleichheit	20
2.3	Die traditionellen Schichtkonzepte in der Kritik	25
3	Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Erwachsenenalter	31
3.1	Sozioökonomische Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung	35
3.2	Sozioökonomische Unterschiede in der Morbidität und im gesundheitsrelevanten Risikoverhalten	43
3.3	Zusammenfassung	49
4	Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter	51
4.1	Die Lebensphase „Jugend“	55
4.2	Jugend und Gesundheit	61
4.3	Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Mortalität im Jugendalter	64
4.4	Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Morbidität und die subjektive Gesundheit im Jugendalter	70
4.4.1	Chronische Erkrankungen und Behinderungen	72
4.4.2	Einzelne chronische Erkrankungen	75
4.4.3	Unfälle und Verletzungen	78
4.4.4	Zahngesundheit	81
4.4.5	Selbsteinschätzung der Gesundheit	82
4.4.6	Psychosomatische Beschwerden und Symptome	84
4.4.7	Psychische Gesundheit und Wohlbefinden	86
4.4.8	Zusammenfassung	89
4.5	Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Gesundheitsverhalten im Jugendalter	90
4.5.1	Tabakkonsum	93

4.5.2	Alkoholkonsum	95
4.5.3	Körperliche Aktivität	97
4.5.4	Ernährungsverhalten und Übergewicht	99
4.5.5	Zusammenfassung	102
5	Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit	103
5.1	Erklärung durch Artefakte	106
5.2	Erklärung durch natürliche und soziale Selektion	108
5.2.1	Natürliche Selektion	110
5.2.2	Soziale Selektion	111
5.3	Erklärung durch (gesundheitsrelevantes) Verhalten	114
5.4	Erklärung durch strukturelle und materielle Faktoren	117
5.5	Jugendspezifische Erklärungen	129
5.5.1	Die Hypothese latenter Unterschiede	129
5.5.2	Die Pufferhypothese	131
5.6	Zusammenfassung	138
6	Fragestellung und Analysekonzept der Untersuchung	143
7	Material und Methoden	151
7.1	Datenbasis	151
7.2	Studienvariablen	157
7.2.1	Subjektive Gesundheit	157
7.2.2	Gesundheitsverhalten	161
7.2.3	Sozioökonomische Indikatoren	166
7.2.4	Gleichaltrigengruppe	168
7.2.5	Schule	170
7.3	Statistische Analysen	174
8	Ergebnisse	181
8.1	Die gesundheitliche Situation im frühen Jugendalter	181
8.2	Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit bei 11- bis 15-Jährigen	188
8.3	Gesundheitsrelevantes Verhalten im frühen Jugendalter	199
8.4	Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Gesundheitsverhalten bei 11- bis 15-Jährigen	208

8.5	Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Kontext von Schule und Peer Group.....	223
9	Zusammenfassung und Diskussion.....	245
9.1	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	245
9.2	Diskussion des methodischen Vorgehens.....	264
9.2.1	Studiendesign	264
9.2.2	Selbstangaben.....	266
9.2.3	Auswahl und Messung der Einflussfaktoren auf die Gesundheit.....	269
9.2.4	Schulsurvey/Non-response.....	270
9.3	Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	271
9.3.1	Allgemeine Diskussion der Ergebnisse und Implikationen für das Untersuchungsmodell.....	271
9.3.2	Perspektiven für die Forschung.....	288
9.3.3	Schlussfolgerungen für die Prävention und Gesundheitsförderung	292
10	Fazit	307
	Literaturverzeichnis	311
	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	343

1 Einleitung

Es ist ein seit langem und weltweit bekanntes Phänomen, dass selbst in den reichsten Ländern sozial bessergestellte Personen länger leben und seltener von Krankheiten und Behinderungen betroffen sind als schlechtergestellte Personen. In einer kaum mehr überschaubaren Anzahl von Untersuchungen ist wiederholt gezeigt worden, dass der sozioökonomische Status einer Person eng mit ihrem Gesundheitszustand zusammenhängt. Dabei zeigt sich in der Regel ein linearer Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit von frühzeitiger Sterblichkeit und Erkrankungen. Mittlerweile liegen hierzu auch viele Ergebnisse aus Deutschland vor. Es besteht allgemein kein Zweifel mehr, dass auch in Deutschland ausgeprägte sozioökonomische Unterschiede in der frühzeitigen Mortalität und der Morbidität existieren. In den letzten Jahren hat das Interesse am Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ sogar soweit zugenommen, dass man behaupten kann, das Thema hat Konjunktur (Mielck 2001a: 806).

Die Aussage „Wer arm ist, muss früher sterben“ löst besondere Betroffenheit aus, wenn sie auf Kinder und Jugendliche bezogen wird, denn diese sind den sozialen Verhältnissen, d.h. den Lebensbedingungen und Lebensumwelten, in denen sie aufwachsen, mehr oder weniger ausgeliefert. Doch gerade diese Faktoren bestimmen weitestgehend über die körperliche, seelisch-geistige und soziale Entwicklung sowie das subjektive Wohlbefinden. Kinder und Jugendliche können ihren sozialen Status nicht selbst beeinflussen. Dementsprechend ist es ihnen gegenüber als besonders unfair zu bezeichnen, wenn sie hinsichtlich ihrer Chancen, ein langes Leben in weitestgehender Gesundheit zu führen, sozial benachteiligt sind und sie infolge der frühen Benachteiligungen eventuell lebenslang gesundheitliche und soziale Folgen zu tragen haben. Solche sozioökonomisch bedingten Unterschiede in der Gesundheit sind in Wohlfahrtsstaaten ethisch nicht akzeptierbar und „it's society's moral duty to shape its social and health policy in such a way that in future, children who are worse off will be more likely to enjoy the same status of health and well-being that more fortunate children do today, so that they will have equal opportunities to live a healthy adult life.“ (Halldórsson et al. 1999: 47)

Hinzu kommt, dass inzwischen keine andere Altersgruppe stärker von Armut (als extreme Ausprägung sozialer Ungleichheit) betroffen ist als Kinder und Jugendliche (Lauterbach/Lange 1999, siehe auch Walper 1999). Während beispielsweise 1990 16,7% der Kinder und Jugendlichen in Haushalten mit einem Einkommen unter 50% des durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommens lebten, war der Anteil 1995 bereits auf 21,8% angestiegen (Mielck 2001b). Im Jahr 2000 ist die Armutsquote von Kindern bis zum Alter von 10 Jahren dreimal so hoch wie die der über 70-Jährigen; mehr als die Hälfte der Kinder lebt zudem in prekären Einkommensverhältnissen (Statistisches Bundesamt 2002). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der gesundheitlichen Lage im Jugendalter und dem Ausmaß der Differenzen, die sich unter verschiedenen sozioökonomischen Bedingungen ergeben, mit besonderem Nachdruck.

Trotz einzelner Studien, ist bislang aber nur wenig über das Ausmaß und das Erscheinungsbild gesundheitlicher Ungleichheiten in der Adoleszenz in Europa und erst recht in Deutschland bekannt (vgl. Mielck 2001b, Seifert 2002, Chen et al. 2002). Die Studien zu gesundheitlichen Ungleichheiten beziehen sich in der Regel auf die Altersspanne zwischen dem 20. und 65. Lebensjahr, d.h. auf das erwerbsfähige Alter. Auch seitens der Jugendgesundheitsforschung, die den Anspruch verfolgt, den Mythos der gesunden Jugend aufzubrechen und die gesundheitlichen Problembereiche in der Adoleszenz zu verdeutlichen (vgl. Kolip 2000a), wurden nur selten Analysen über die sozial ungleiche Verteilung gesundheitlicher Probleme vorgenommen. Das Fehlen von Erkenntnissen über sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit für diese Altersgruppen ist umso erstaunlicher als dass ihr Nachweis eine besondere Herausforderung für die Gesundheitspolitik darstellt. So wird der Grundstein für die Gesundheit des späteren Lebens in der Kindheit und Jugend gelegt und gesundheitliche Beeinträchtigungen in den ersten Lebensjahren haben oftmals langfristige gesundheitliche und soziale Konsequenzen. In diesem Alter werden zudem Stile im Umgang mit dem eigenen Körper nachhaltig geprägt und gefestigt. Darüber hinaus geht ein Todesfall im Kindes- und Jugendalter mit hohen gesellschaftlichen Kosten infolge der Behandlung und Betreuung sowie Produktionsverlusten einher. Kinder und Jugendliche stellen damit eine - wenn nicht die - zentrale Bevölkerungsgruppe für Prävention und Gesundheitsförderung dar. Trotz dieser vielseitigen Bedeutung ist die gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und gerade bei Jugendlichen im Vergleich zur Erwachsenenbevölkerung eher selten Gegenstand des wissenschaftlichen Interesses. Angesichts einer so herausgehobenen Bedeutung des Jugendalters, ist das im Grunde unverständlich.

Das Fehlen von Erkenntnissen zu gesundheitlichen Ungleichheiten im Jugendalter kann aber auch dadurch erklärt werden, dass bislang die Annahme vorherrschte, sozioökonomische Unterschiede würden die Gesundheit in allen

Altersgruppen gleich beeinflussen. Es wurde allgemein angenommen, dass sich das Wesen gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter genau wie in jeder anderen Lebensphase darstellt und dass diese Ungleichheiten ein andauernder Bestandteil des Lebenslaufs sind. Es gab nichts besonders Aufschlussreiches an der Lebensphase „Jugend“, was für die Diskussion gesundheitlicher Ungleichheiten von Bedeutung sein könnte. Diese Annahme wurde in den letzten Jahren aber zunehmend in Frage gestellt (siehe West 1997, Chen et al. 2002). So liegen Hinweise darauf vor, dass das Ausmaß sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit nicht über alle Lebensstadien gleichbleibend, sondern zwischen der Kindheit und dem Alter sehr unterschiedlich ausgeprägt ist (vgl. auch Stolpe 1997). Dieses Phänomen bezieht sich dabei nicht nur auf die gesamte Lebensspanne, sondern bereits im relativ kurzen Zeitraum zwischen Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenenalter finden sich feine Differenzierungen im Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten. Wenn man die oft postulierte Eigenständigkeit der „Lebensphase Jugend“ berücksichtigen will, scheint eine Differenzierung dringend geboten.

So wird bei einer kritischen Bewertung des internationalen Forschungsstandes zu gesundheitlichen Ungleichheiten im Jugendalter deutlich, dass in dieser Lebensphase - insbesondere in der Altersgruppe der 11- bis 16-Jährigen - nur wenig Belege für einen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit vorliegen (vgl. West 1997, 1999, Starfield et al. 2002). Während der soziale Gradient in der frühen Kindheit vergleichsweise stark ausgeprägt ist, verringert sich in der Adoleszenz anscheinend der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit, um jenseits des 18. Lebensjahres wieder anzusteigen und im Erwachsenenalter deutlich hervorzutreten. Mit anderen Worten gibt es Hinweise darauf, dass die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit altersabhängig ist und einen „U-förmigen“ Verlauf aufweist (siehe auch Klocke/Becker 2003). Dabei muss jedoch betont werden, dass die Ergebnisse mit den verwendeten Indikatoren der Gesundheit und des sozioökonomischen Status zum Teil recht deutlich variieren. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass die vorliegenden Studien aus dem europäischen Ausland überraschend wenig Evidenz für gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter zeigen. Wo Ungleichheiten existieren, sind diese generell weniger konsistent und stark ausgeprägt als in anderen Phasen des Lebenslaufs.

Die Tatsache, dass sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit bei Jugendlichen geringer sein könnten als bei Erwachsenen, bedeutet aber nicht, dass sie unwichtiger sind. Sie können aus verschiedenen Gründen sogar als bedeutender angesehen werden (vgl. Tuinstra 1998, Halldórsson et al. 2000, Geckova 2002). So werden Kinder in eine bestimmte sozioökonomische Umwelt hineingeboren. Dementsprechend haben sie keinen Einfluss auf ihre

Lebensumstände. Krankheiten, die aus diesen Gegebenheiten resultieren, sind demnach nicht nur Zeichen von Ungleichheit sondern sozialer Ungerechtigkeit. Darüber hinaus sind mit der Gesundheit in erheblichem Maße Entwicklungs- und Lebenschancen verknüpft. Der Gesundheitszustand im Kindes- und Jugendalter bildet die Grundlage für die Gesundheit im Erwachsenenalter - auch wenn das Ausmaß dieses Einflusses kontrovers diskutiert wird (Mheen et al. 1998a). Eine soziale Benachteiligung im Kindes- und Jugendalter kann dementsprechend weitere Benachteiligungen nach sich ziehen und gravierenden Einfluss auf gesundheitliche Ungleichheiten im späteren Lebenslauf nehmen (Holland et al. 2000, Brasche et al. 2001). So können beispielsweise chronische Krankheiten oder Ernährungsdefizite, die bei Kindern aus unteren sozialen Schichten häufiger anzutreffen sind, sowohl langfristige Konsequenzen für die Gesundheit als auch für die zukünftigen sozioökonomischen Lebensbedingungen haben, da sie Prämissen für den weiteren Lebenslauf setzen. Im Jugendalter werden zudem viele gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (wie Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährungsgewohnheiten aber auch Bewältigungsressourcen) erlernt und verfestigt. Da Prävention und Intervention umso erfolgreicher sind, je früher sie einsetzen, bietet das Jugendalter gute Möglichkeiten zu einer Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten und damit zu einer Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung.

Eine differenzierte Analyse gesundheitlicher Beeinträchtigungen und gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter erweitert dementsprechend nicht nur unsere Kenntnisse über die Verbreitung von Krankheiten und Beschwerden in unterschiedlichen Altersgruppen, sie ist darüber hinaus in besonderem Maße geeignet, die theoretischen Ansätze zu sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit besser als bislang zu fundieren und zu verstehen. Eine derartige Analyse ist insbesondere deshalb von Interesse, weil Erkenntnisse darüber erzielt werden können, in welchem Lebensalter sich die gesundheitlichen Ungleichheiten herausbilden, und in welchem Lebensalter somit auch gezielte präventive Maßnahmen verstärkt einsetzen sollten.

Zielsetzung der Untersuchung

Wie einleitend dargestellt, ist noch sehr wenig über das Muster gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter sowohl in Deutschland als auch im europäischen Ausland bekannt. Selbst einfachste, grundlegende Fragen über die Existenz und das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten in dieser Lebensphase konnten bislang nicht eindeutig beantwortet werden. Vereinzelte Studien in Deutschland haben zwar einen Einfluss der *Armut* auf die Gesundheit im Kindes- und Ju-

gendalter nachweisen können.¹ Über sozioökonomische Unterschiede entlang des ganzen sozialen Gradienten existieren aber so gut wie keine Informationen. So stellt sich die Frage, ob im Jugendalter ein linearer Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit besteht, wie er sich bei Erwachsenen zeigt (d.h. eine schrittweise Zunahme von gesundheitlichen Problemen mit einer schrittweisen Abnahme des sozioökonomischen Status). Die vorliegenden internationalen Ergebnisse lassen erwarten, dass auch in Deutschland keine oder nur geringe sozioökonomischen Gesundheitsunterschiede in der Adoleszenz vorliegen. Es ist aber davon auszugehen, dass sich das Erscheinungsbild gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter in Abhängigkeit vom jeweils verwendeten Indikator der Gesundheit ergibt. Die vorliegende Untersuchung widmet sich dementsprechend der Frage, ob und für welche gesundheitlichen Parameter sozioökonomische Unterschiede im Jugendalter vorliegen.

Darüber hinaus soll über die Beschreibung und Dokumentation des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit in der Adoleszenz hinausgegangen und versucht werden, die vorliegenden Ergebnisse zu erklären. Wie weiter oben gezeigt wurde, sind im Jugendalter u.a. abhängig vom jeweiligen Gesundheitsindikator mindestens zwei verschiedene Muster gesundheitlicher Ungleichheiten denkbar: (1) *Existenz* und (2) *Abwesenheit bzw. Angleichung* sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit. Dementsprechend werden auch unterschiedliche Modelle gebraucht, um diese Muster zu erklären. Im Mittelpunkt der Erklärung andauernder gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf steht dabei eine Verursachungshypothese, die davon ausgeht, dass eine sozial ungleiche Verteilung von unterschiedlichen intermediären Faktoren für die sozioökonomischen Unterschiede in der Gesundheit verantwortlich ist (Richter/Mielck 2000). Diese intermediären Faktoren beziehen sich zum einen auf das gesundheitsrelevante Verhalten und zum anderen auf verschiedene strukturelle und psychosoziale Faktoren wie z.B. Arbeitsbelastungen oder soziale Unterstützung.

In Bezug auf eine Angleichung sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit im Jugendalter existieren zwei unterschiedliche Hypothesen, die teilweise in einem Zusammenhang mit den oben genannten Erklärungsansätzen stehen: Erstens können die gesundheitlichen Ungleichheiten in der Adoleszenz latenten Charakter besitzen. Da diese Altersgruppe in der Regel sehr gesund ist, ist es dementsprechend auch schwierig, sozioökonomische Unterschiede in der Mortalität und Morbidität nachzuweisen. Gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter können besser über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen ausgedrückt werden, die erst im späteren Lebenslauf einen Effekt auf den Gesund-

1 Für Deutschland beispielsweise Klocke (1995) und Mansel (1998).

heitszustand ausüben (Tuinstra 1998, Geckova 2002). Zweitens werden angleichende Effekte verschiedener Faktoren diskutiert, die im Zusammenhang mit der Schule, der Gleichaltrigengruppe und der Jugendkultur stehen (vgl. West 1997, 1999). Wenn sich für diese Determinanten der Gesundheit und des Gesundheitsverhalten keine sozial ungleiche Verteilung nachweisen lässt und sie einen stärkeren Einfluss ausüben als soziale Ungleichheiten, könnten diese Faktoren für eine Angleichung gesundheitlicher Ungleichheiten verantwortlich gemacht werden. Ein weiterer Analyseschwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt dementsprechend auf dem Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Gesundheitsverhalten ebenso wie dem Zusammenspiel zwischen sozialer Ungleichheit, Schule und Peer Group.

Die Ziele der Untersuchung können damit zu folgenden drei allgemeinen Forschungsfragen zusammengefasst werden:

1. Wie stellen sich Art und Ausmaß unterschiedlicher gesundheitlicher Probleme in der Adoleszenz in Bezug auf verschiedene sozioökonomische Statusgruppen in Deutschland dar bzw. lassen sich für deutsche Jugendliche ähnlich schwache Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit identifizieren, wie für Jugendliche aus anderen westeuropäischen Ländern?
2. Wie ist der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das gesundheitsrelevante Verhalten in der Adoleszenz zu bewerten, das zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit vermittelt und damit für eine Erklärung des Wiederauftretens bzw. der Zunahme gesundheitlicher Ungleichheiten im Erwachsenenalter herangezogen werden kann?
3. Welche Faktoren bzw. Determinanten üben den stärksten Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten in der Adoleszenz aus? Wie ist die Einfluss der Familie (und damit der familiären Herkunft) im Vergleich zur Gleichaltrigengruppe und der Schule zu bewerten?

Eine differenzierte Untersuchung der oben genannten Fragen kann als ein erster Schritt angesehen werden, die Fragen zu beantworten, welche Prozesse in welchem Alter für welche Art von gesundheitlichen Ungleichheiten von Bedeutung sind. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Art und die Stärke des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Determinanten (wie Peers, Schule und sozioökonomischem Status). Das Verständnis, welche Faktoren sozioökonomische Gesundheitsunterschiede bedingen, kann dabei nützliche Informationen für die Entwicklung und die Implementierung von Interventionen zur Verfügung stel-

len, mit denen zukünftigen gesundheitlichen Ungleichheiten effektiv entgegengewirkt werden kann.

Aufbau der Studie

Die vorliegende Untersuchung gliedert sich in drei Teile. Der erste Abschnitt stellt den theoretischen Bezugsrahmen der gesamten Studie dar und ist gleichzeitig der Leitfaden für die weiteren theoriegeleiteten empirischen Untersuchungs- und Auswertungsschritte. Ziel dieses Abschnitts ist es, eine kurze Einführung zu sozioökonomischen Unterschieden in der Gesundheit in Europa und Deutschland zu geben und einzelne Erklärungsansätze zu diskutieren. In Kapitel 2 erfolgt zunächst - neben einer kurzen Einführung in die zentralen Begriffe und Konzeptionen der soziologischen Ungleichheitsforschung - eine Darstellung des gegenwärtigen Diskussionsstandes zu sozialer Ungleichheit. In Kapitel 3 wird anhand aktueller Forschungsergebnisse ein grundlegender Überblick über die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit gegeben. Anschließend werden aktuelle Erkenntnisse über gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter aus der internationalen und nationalen Forschung referiert (Kapitel 4). Kapitel 5 gibt unter Einbeziehung der bisherigen Forschungsergebnisse Aufschluss über die zentralen Erklärungsansätze, die versuchen, die beobachteten Ungleichheiten zu interpretieren. Dabei wird auch untersucht, inwieweit sich diese allgemeinen Ansätze auf das Jugendalter übertragen lassen bzw. welche Erklärungen für eine mögliche Angleichung gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter vorliegen.

Aufbauend auf den Erkenntnissen des theoretischen Teils, bildet der nachfolgende Abschnitt den Übergang zum empirischen Teil der Untersuchung. In Kapitel 6 erfolgt zunächst eine genaue Formulierung der Fragestellungen der vorliegenden Studie. Im Anschluss daran werden die verwendeten Daten, die in die Analyse einbezogenen Variablen und die zugrundeliegenden Methoden und Analyseschritte der Untersuchung beschrieben (Kapitel 7). Die empirischen Ergebnisse der Untersuchung werden in Kapitel 8 dargestellt, wobei sich der Ergebnissteil - analog den Untersuchungsschwerpunkten - in fünf Unterkapitel gliedert. Im anschließenden Abschnitt werden die Ergebnisse zusammengefasst, interpretiert und kritisch diskutiert (Kapitel 9). Im Rahmen dieses Kapitels werden zudem Schlussfolgerungen aus den Untersuchungsergebnissen entwickelt, Anregungen für weitere Forschungsarbeiten gegeben sowie Implikationen für Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten aufgezeigt. Abschließend wird ein kurzes Fazit der vorliegenden Untersuchung gezogen (Kapitel 10).

2 Soziale Ungleichheit

Um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit eingehend untersuchen und interpretieren zu können, muss zunächst geklärt werden, was genau unter dem Begriff „soziale Ungleichheit“ zu verstehen ist. Mit diesem Kapitel soll vorab ein kurzer Einblick in die soziologische Ungleichheitsforschung gegeben werden. Ziel ist es, einige zentrale begriffliche Erläuterungen und Abgrenzungen in Bezug auf soziale Ungleichheit zu geben und die Kritik an dem Schichtungsansatz - dem zentralen Konzept zur Erfassung sozialer Ungleichheit - vorzustellen, um damit die Möglichkeiten und Grenzen dieses Ansatzes und der damit gewonnenen Daten aufzuzeigen. Dies ist für das Verständnis der weiteren Studie notwendig, weil in den folgenden Kapiteln immer wieder auf Begriffe und Konzepte wie soziale Ungleichheit, soziale Schicht und sozioökonomischer Status zurückgegriffen wird. Dieses Kapitel bildet somit die Grundlage für die nachfolgende Diskussion über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits.

2.1 Zum Begriff der sozialen Ungleichheit

Die soziale Wirklichkeit ist durch Ungleichheiten zwischen Menschen gekennzeichnet, die sich in einer hierarchischen, geschichteten Ordnung der modernen Gesellschaft äußert. Da Menschen in der Regel nicht isoliert voneinander leben, sondern in vergleichsweise konstante zwischenmenschliche Gefüge (z.B. in Familien, Vereine und Betriebe) eingebunden sind, geraten sie im Verlauf ihres Mit- und Gegeneinanders in vielfältige Beziehungen zueinander und nehmen darin unterschiedliche soziale Positionen ein (Hradil 1999: 11). Je nachdem, welche sozialen Positionen sie jeweils innehaben, lassen sich zwischen Personen, relativ unabhängig von ihrer Individualität, soziale Gemeinsamkeiten und soziale Unterschiede erkennen, die sich in unterschiedlichen bzw. gemeinsamen Lebensbedingungen und Lebensweisen äußern. Viele dieser sozialen Unterschiede stellen nicht nur einfach verschiedenartige Lebensbedingungen und Lebensweisen dar, sondern schaffen auch *Vor- und Nachteile* zwischen den Gesellschaftsmitgliedern. Solche positionsgebundenen Vor- und Nachteile werden allgemein als „soziale Ungleichheiten“ bezeichnet (Hradil 1994: 376, vgl.

auch 1998a und 1999). Welche gesellschaftlich geprägten Lebensbedingungen und Lebensweisen im Einzelnen aber als soziale Ungleichheiten gelten, ist u.a. abhängig von den Wert-, d.h. den Ziel- und Sollvorstellungen, die in der jeweiligen Gesellschaft bestehen (ebd.: 376). Soziale Ungleichheiten können dementsprechend in vielfältigen Formen auftreten, z.B. als Unterschiede zwischen Herren und Knechten, als berufliche Über- und Unterordnung, als Abstufung von Ärmern zu Reicheren, als Zugehörigkeit zu mehr oder minder angesehenen Gruppierungen, in Gestalt besserer oder schlechterer Wohn-, Arbeits- und Freizeitbedingungen (Bolte/Hradil 1988).

Um den Begriff der sozialen Ungleichheit genauer zu bestimmen, können drei verschiedene Aspekte sozialer Ungleichheit unterschieden werden (vgl. Hradil 1998a: 146f, 1999: 23ff.):

1. Soziale Ungleichheit bezieht sich stets auf bestimmte „Güter“ (z.B. Erwerbseinkommen oder Bildungsabschluss), die im Rahmen einer Gesellschaft als „wertvoll“ bzw. gesellschaftlich erstrebenswert erachtet werden. Damit setzt soziale Ungleichheit auch stets eine Art Konsens über die zentralen Werte in einer Gesellschaft voraus. Je mehr die Einzelnen von diesen „Gütern“ besitzen, desto günstiger sind ihre Lebensbedingungen. Alle Menschen, die über „wertvolle Güter“ verfügen, haben somit Vorteile, die sie besser- oder höhergestellt als andere erscheinen lassen. Die Mitglieder einer Gesellschaft werden also dadurch sozial ungleich, dass sie Vorzüge, Mittel oder „Güter“ besitzen, die als gesellschaftlich erstrebenswert definiert werden (Siegrist 1995b: 54).
2. Darüber hinaus enthält der Begriff der sozialen Ungleichheit eine bestimmte Vorstellung wie diese „wertvollen Güter“ verteilt sein müssen, um als „ungleich“ zu gelten. So wird immer dann von sozialer Ungleichheit gesprochen, wenn als „wertvoll“ geltende Güter nicht absolut gleich verteilt sind, d.h., wenn ein Gesellschaftsmitglied von den wertvollen Gütern mehr erhält als ein anderes.
3. Schließlich umfasst der Begriff „soziale Ungleichheit“ nur jene „wertvollen Güter“, die aufgrund der Stellung von Menschen im gesellschaftlichen Beziehungsgefüge auf regelmäßige Weise ungleich verteilt werden. Nicht alle Vor- und Nachteile sind auf diese Weise Erscheinungsformen sozialer Ungleichheit, sondern nur jene, die in gesellschaftlich strukturierter, vergleichsweise beständiger Form zur Verteilung kommen. Folglich sind mit sozialer Ungleichheit nicht die „natürlichen“ Variationen (individuelle Ungleichheit),

d.h. die ungleichen Ausprägungen biologischer Merkmale zwischen Menschen wie Hautfarbe oder Geschlecht, gemeint. „Zwar können individuelle Ungleichheiten die Zuteilung knapper Güter oder Belohnungen begünstigen, aber die Ausbildung oder Verfestigung sozialer Ungleichheiten in einem gesellschaftlichen System lässt sich nie ausschließlich aus individuellen Ungleichheiten erklären.“ (Siegrist 1995b: 54)

Entsprechend dieser präzisierten Begriffsbestimmung liegt soziale Ungleichheit ausschließlich dann vor, „[...] wenn Menschen aufgrund ihrer Stellung in sozialen Beziehungsgefügen von den „wertvollen Gütern“ einer Gesellschaft regelmäßig mehr als andere erhalten.“ (Hradil 1999: 26) Soziale Ungleichheit beinhaltet also die asymmetrische Verteilung knapper und begehrter Güter auf gesellschaftlichen Positionen bzw. Rängen und so entstehende vorteilhafte bzw. nachteilige Lebensbedingungen von Menschen, welche die Verschiedenwertigkeit von Lebensbedingungen bewirkt (ebd.). Zu einer ähnlichen Definition gelangen auch Borgers und Steinkamp (1994: 137), die unter sozialer Ungleichheit die gesellschaftlich hervorgebrachte, dauerhaft vorgegebene Struktur ungleicher Verteilung knapper und begehrter materieller und immaterieller Ressourcen (einschließlich ungleicher Zugangschancen zu ihnen) auf die Mitglieder einer Gesellschaft verstehen, welche die Realisierung allgemein akzeptierter Lebensziele beeinflusst und damit die Qualität des Lebens von Individuen entscheidend prägt. „Ungleicher Zugang zu und ungleiche Verteilung von Ressourcen bilden Rahmenbedingungen für die Realisierung von Lebenszielen, deren Wirksamkeit zwar mit individual-, gruppen- und milieuspezifischen Bewertungen variiert, die aber gleichwohl objektive Barrieren und Möglichkeiten bei ihrer Verwirklichung markieren.“ (Steinkamp 1993a: 34)

Allgemein lässt sich festhalten, dass soziale Ungleichheit jede Art verschiedener Möglichkeiten der Teilhabe an Gesellschaft und damit der Verfügung über gesellschaftlich relevante Ressourcen ist. Soziale Ungleichheiten beziehen sich letztendlich immer auf die Unterschiede der Lebenssituation von Gesellschaftsmitgliedern in *sozialen* Merkmalen, und zwar in solchen Merkmalen, die unterschiedliche Ausprägungen im Sinne von höher oder niedriger, besser- oder schlechtergestellt aufweisen und die Individuen dadurch in bestimmten ungleichen Lebenslagen erscheinen lassen (Slesnia 1991: 204). Die sozialen Ungleichheiten sind damit entscheidend für die Positionierung der Gesellschaftsmitglieder, und sie ermöglichen durch die Unterteilung in besser oder schlechter positionierte soziale Gruppierungen die vertikale Differenzierung einer gesellschaftlichen Struktur.

2.2 Konzepte zur Erfassung sozialer Ungleichheit

Die Definition sozialer Ungleichheit als ungleiche Chancen, sich Zugang zu knappen und begehrten Ressourcen zu verschaffen, ermöglicht es, innerhalb der Gesellschaft Gruppen auszumachen, die über ein Mehr oder Weniger an diesen Ressourcen verfügen. Mit anderen Worten ist nicht allein der Einzelne sozial ungleich zum anderen, sondern ganze Teile oder „Blöcke“ einer Gesellschaft sind verschieden zueinander (Thieme 1998: 128). Gerade weil Gleichheit/Ungleichheit ein so basales Differenzierungsschema der modernen Gesellschaft darstellt, das Zugangsbedingungen formuliert, ist es wiederum nicht leicht, die Vielfalt der konkreten Phänomene durch plausible wissenschaftliche Konzepte zu erfassen (Dür et al. 2000: 7).

Die Soziologie hat zur Analyse gesellschaftlicher Gruppierungen im Gefüge sozialer Ungleichheit in modernen Gesellschaften zwei zentrale Konzepte entwickelt: Einerseits den älteren Begriff der „Klasse“ und andererseits den jüngeren Begriff der „Schicht“ (Winkler 2000). Historisch entstanden sind diese begrifflichen Bestimmungen zur Beschreibung vertikal angeordneter gesellschaftlicher Gruppierungen im Zusammenhang mit der Frage nach den Ursprüngen sozialer Differenzierung und Ungleichheit. Die Darstellung dieser Gruppierungen und ihrer Größenverhältnisse ermöglicht es, das Gefüge sozialer Ungleichheit *im Ganzen* zu erkennen. Das Klassenkonzept, das auf Karl Marx zurückgeht, entwickelte sich bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts zu einer der grundlegenden Kategorien zur Erfassung sozialer Ungleichheit. Der Begriff der sozialen Schicht wurde dagegen erst in der Auseinandersetzung mit Marx von Max Weber und später von Theodor Geiger zu einem Grundbegriff der Analyse sozialer Ungleichheit präzisiert.² „Dem Marxschen dichotomischen Klassenmodell als einer Kategorie zur Analyse der Dynamik strukturellen Wandels und der ihm zugrunde liegenden sozialen Konflikte setzt Max Weber ein hierarchisches mehrdimensionales Schichtenmodell entgegen, das zwar des für Marx entscheidenden Gesichtspunktes gesellschaftlichen Wandels entkleidet ist (Wiehn 1973: 23), aber als Kategorie der Deskription eines statisch vorgestellten hierarchischen Gefüges sozialer Ungleichheit bedeutsam bleibt.“ (Steinkamp 1993b: 112)

2 In bewusster Auseinandersetzung mit und Abgrenzung von der Klassentheorie geht es den Vertretern der Theorie sozialer Schichtung darum, die Struktur gesellschaftlicher Differenzierung in ihrer konkret-historischen Ausprägung zu beschreiben. Nicht mehr das Verhältnis zwischen sozialen Großgruppen (Klassen), nicht mehr die Analyse gesellschaftlicher Entwicklung, sondern die Beschreibung gesellschaftlicher Differenzierung steht in der Theorie sozialer Schichtung im Vordergrund. Damit ist der Begriff der sozialen Schicht im Gegensatz zum analytischen Klassenbegriff als rein deskriptiver Ordnungsbegriff zu verstehen (Schäffgen 1998: ohne Seitenangabe).

Die von Max Weber vorgeschlagene mehrdimensionale Erfassung sozialer Ungleichheit, die über die von Marx betonte ökonomische Dimension hinausgeht, hat zunächst die nordamerikanische und von dort die europäische Ungleichheitsforschung entscheidend beeinflusst (vgl. Borgers/Steinkamp 1994: 137, Berger/Hradil 1990: 5). In Deutschland hat sich die Ungleichheitsforschung nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst verstärkt mit Prestigedifferenzierungen befasst. Gegen Ende der fünfziger Jahre rückten, bedingt durch die zunehmende Kritik am Bildungswesen, Bildungsunterschiede ins Blickfeld der Forschung. Ab den sechziger Jahren standen dann vor allem Ungleichheitsdifferenzierungen in den Bereichen der Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzrisiken, des Konsumstands und der Machtverhältnisse im Zentrum des Forschungsinteresses. „Zu diesem Zeitpunkt hatten die unselbständig Erwerbstätigen stark zugenommen und sich beruflich aufgefächert. Der Beruf bildete die wichtigste Quelle sozialer Vor- und Nachteile, und nicht länger die familiäre Herkunft (wie in der vorindustriellen Ständegesellschaft) oder der Besitz (wie in der frühindustriellen Klassengesellschaft).“ (Hradil 1994: 379) In den Mittelpunkt der Ungleichheitsforschung rückten damit die Arten sozialer Vor- und Nachteile bzw. Dimensionen sozialer Ungleichheit, die in Verbindung mit dem Beruf stehen, also in erster Linie Ungleichheiten des Einkommens und Vermögens, des Berufsprestiges und der Qualifikation (Bildung). Das Prestigemodell sozialer Schichtung erweiterte sich auf diese Weise zum Konzept eines mehrdimensionalen „sozio-ökonomischen Status“, der in der Regel Einkommen, Qualifikation und Berufsprestige als Kerndimensionen umfasste (Berger/Hradil 1990: 5). Diese drei Elemente hängen dabei eng miteinander zusammen. So ist eine schlechte Ausbildung oft verbunden mit geringen beruflichen Aufstiegschancen und mit einem relativ geringen Einkommen (Mielck 1998b: 167).

Mit der Herausbildung dieser Basisdimensionen sozialer Ungleichheit, der sogenannten „*meritokratischen Triade*“, wurde wesentlichen gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen von der frühindustriellen zur modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft Rechnung getragen (Siegrist 1995b: 59). Dieses Gefüge sozialer Ungleichheit wird allgemein als Schichtung bezeichnet.³ Es überlagert das Klassen- und die Reste des Standesgefüges, ohne indessen beide völlig zu verdrängen und dominiert dementsprechend die Ungleichheitsstruktur von Industriegesellschaften. Gesellschaften, in denen die Berufshierarchie sich gewissermaßen als das „Rückgrat“ des Ungleichheitsgefüges durchgesetzt hat, werden daher als geschichtete Gesellschaften oder Schichtungsgesellschaften bezeichnet (Hradil 1999: 36).

3 Die aus der Geologie entlehene Metapher der Schichtung soll dabei die Vorstellung einer vertikalen Lagerung von Bevölkerungsgruppen veranschaulichen (Steinkamp 1993b: 112).

Wie bereits weiter oben angedeutet wurde, gilt der Begriff der sozialen Schicht - trotz existentieller Kritik (siehe folgendes Kapitel) - als eine der grundlegenden Kategorien zur Erfassung sozialer Ungleichheit. Sämtliche Schichtkonstruktionen bemühen sich dabei, Ordnung und Übersicht in das Chaos sozialer Ungleichheit hineinzubringen und somit diese der empirischen Analyse zugänglich zu machen (Geißler 1994: 7). Trotz dieses gemeinsamen Erkenntnisinteresses, nämlich der Erforschung gesellschaftlicher Strukturen als Ausdruck sozialer Ungleichheit, gibt es bis heute keine allgemein anerkannte Definition des Begriffs der sozialen Schicht. „Die verschiedenen Schichtbegriffe und Modelle variieren u.a. danach, welche und wie viele Merkmale und Schichtgrenzen sie zur Untergliederung einer Gesellschaft heranziehen.“ (Geißler 1994: 8) Der gemeinsame Nenner aller Schichtkonzepte besteht lediglich in dem Bemühen, die Bevölkerung einer Gesellschaft in verschiedene Gruppen (Schichten) zu untergliedern, die sich im Hinblick auf ihre Lebenslagen und die damit zusammenhängenden Chancen unterscheiden.

Wenn man versucht, soziale Schichten zu definieren, so lassen sich z.B. mit Hilfe der sozioökonomischen Lebensbedingungen einzelne Menschen bestimmten sozialen Schichten zuordnen. Die jeweilige Zuordnung der Individuen zu den einzelnen Schichten erfolgt dabei über ihren sozialen Status. Als Sozialstatus bezeichnet man den höheren oder niedrigeren Rang (Position/Platzierung) *einer Person* in den Dimensionen bzw. Merkmalen sozialer Ungleichheit (Statusmerkmale). Aus dem Einzelstatus in den verschiedenen Dimensionen sozialer Ungleichheit setzt sich wiederum der Gesamtstatus der Individuen zusammen, der auch als sozioökonomischer Status (SES) bezeichnet wird, sofern er sich aus den Dimensionen Beruf, Bildung und Einkommen zusammensetzt (Hoffmeyer-Zlotnik 1998: 54, Geißler 1994: 8). „Somit gelangt die Schichtungssoziologie zum Modell eines insgesamt rein vertikalen Oben und Unten des Ungleichheitsgefüges, in dem der Gesamtstatus [...] der Höhe nach eindeutig bestimmbar ist.“ (Hradil 1994: 380) Da nicht alle Menschen innerhalb der einzelnen Dimensionen sozialer Ungleichheit den gleichen, aber auch nicht alle einen verschiedenen Status haben, lassen sich auf den einzelnen Stufen (z.B. der Einkommensverteilung oder den Bildungsabschlüssen) mehr oder weniger viele Menschen anordnen. Gruppen von Individuen, die über einen ähnlich hohen oder ähnlich zusammengesetzten Status verfügen, werden dementsprechend als Statusgruppen bezeichnet. Übereinander liegende Statusgruppen, die durch horizontale Grenzen voneinander unterschieden werden können, werden als Schichten bezeichnet und formen damit das Schichtungsgefüge einer Gesellschaft (Hradil 1998a: 151). Mögliche Grenzziehungen zwischen den einzelnen Schichten können dabei im Verhalten der Gesellschaftsmitglieder selbst (soziale Distanz, andere Sprach- und Denkweisen) oder in deren Lage (z.B. Kluft zwischen arm und

wohlhabend, zwischen Grundbildung und Akademikern) liegen. „Da in modernen Industriegesellschaften solche realen Schichtgrenzen [...] häufig schwer erkennbar sind, werden Abgrenzungen zwischen Schichten von Sozialwissenschaftlern häufig künstlich als bloße ‚Ordnungslinien‘ zwischen Statusgruppen festgelegt. Mit anderen Worten: Wie viele ‚Schichten‘ es in Deutschland ‚gibt‘ und wie groß sie sind, ist weitgehend eine Frage soziologischer Definition.“ (Hradil 1994: 380) Die Größe und die Anzahl der Schichten sind in diesem Fall der nominalen Schichtabgrenzung nicht durch die „Realität“ vorgegeben, sondern werden nach soziologischen Zweckmäßigkeitserwägungen gewählt (Hradil 1998a: 151). Damit ist der Schichtungsbegriff in der Tat kaum mehr als ein Ordnungsbegriff, der eine anschauliche Darstellung der Strukturen sozialer Ungleichheit (soziale Unter- und Überordnungsverhältnisse) beinhaltet.

Während der Begriff des Sozialstatus also auf die Stellung der *einzelnen Person* in der vertikalen Gliederung der Gesellschaft eingeht, bezieht sich der Begriff der sozialen Schichtung auf die vertikale Gliederung der *Gesellschaft* oder eines *Teilbereichs der Gesellschaft* selbst (Slesina 1991: 205). Soziale Schicht ist demnach ein Begriff, der Gruppen von Individuen bezeichnet, die sich bezüglich gesellschaftlich relevanter Statusmerkmale (interindividuelle Gemeinsamkeiten im Hinblick auf Lebensstandard, Chancen und Risiken, soziales Ansehen, Privilegien oder Diskriminierungen) ähneln und sich dadurch von anderen Bevölkerungsgruppen (Schichten) unterscheiden. Die Schichtzugehörigkeit verweist damit einerseits auf die Einordnung einer Gruppe von Individuen in ein System vertikaler sozialer Differenzierung bzw. Ungleichheit (niedrige bis hohe soziale Schicht), andererseits auf die Teilnahme an gemeinsamen Erfahrungen, Lebensmöglichkeiten und Lebensrisiken. Das Schichtungsprinzip drückt damit die soziale Ungleichheit im sozialen Rang und der sozialen Wertung aus. Soziale Schichtung verweist dementsprechend auf die vertikale Dimension sozialer Ungleichheit, die sich den Prozessen sozialen Wandels stärker widersetzt als andere Formen sozialer Ungleichheit (Jöckel et al. 1998: 8).

Unabhängig von der Frage, ob von diskreten Schichten oder aber von einer kontinuierlichen Statushierarchie ausgegangen wird, stellt sich die Frage, welche empirischen Dimensionen der Vorstellung sozialer Schichtung zugrunde gelegt werden können. Bereits Theodor Geiger entwickelte das *Konzept der Dominanz einer oder mehrerer Schichtdimensionen*, damit die Schichtungssoziologie nicht in der Komplexität und Mehrdimensionalität moderner Sozialstruktur untergeht. „Unter den vielen Schichtungen, die es in einer historischen Gesamtgesellschaft gibt, haben einige nur begrenzte Bedeutung, während eine einzelne Differenzierung sich als dominierend erweist, dass sie die Hauptzüge in der Gesellschaftsstruktur der Zeit bestimmt.“ (Geiger 1939, zitiert nach Geißler 1990: 87) Damit fordert die Idee der Dominanz einer oder mehrerer Schichtun-

gen dazu heraus, das unübersichtliche Schichtgefüge zu vereinfachen und auf wesentliche Strukturen zu reduzieren.

Bei der Beantwortung dieser Frage kann nach zentralen und weniger zentralen Momenten unterschieden werden. Wie bereits dargestellt wurde, bildet in fortgeschrittenen Gesellschaften der Beruf sowie dessen Merkmale (Qualifikation, Einkommen und Prestige) die wichtigste Quelle sozialer Vor- und Nachteile, d.h., die ungleichen Lebenschancen werden durch Differenzierungen in diesen Merkmalen stärker bestimmt als durch Unterschiede bei anderen Kriterien sozialer Ungleichheit (z.B. Geschlecht, Region und Familienstand), deren Einfluss zum Teil zurückgeht (Geißler 1996b: 332f., Hradil 1999). Deshalb herrscht weitgehend Einigkeit mit Blick auf die zentralen Aspekte eines empirisch gedeuteten Konzeptes sozialer Schichtung. In diesen zentralen Bereich gehören hiermit ganz ohne Zweifel die Bildung, das Einkommen und der Beruf (Jöckel et al. 1998: 8). Solche einfachen Modelle bewegen sich damit in der Nähe statistischer Klassifikationen. „Sie unterscheiden ‚Schichten‘ nach wenigen äußerlichen Merkmalen und ziehen relativ willkürlich nominelle Grenzen. Sie untergliedern die Bevölkerung nach dem Ausbildungsabschluss in „Bildungsschichten“, nach dem Einkommen in „Einkommensschichten“, nach dem Berufsprestige in „Berufsschichten“ oder nach einer Kombination verschiedener Kriterien in „sozioökonomische Schichten“. Dabei wird unterstellt, dass Bildung, Einkommen oder Berufsposition wichtige Ressourcen für Lebenschancen darstellen und dass Personen, die sich im Hinblick auf die Schichtkriterien ähneln, in ähnlichen Verhältnissen mit ähnlichen Chancen leben.“ (Geißler 1994: 8) Die schichtungssoziologische Analyse sozialer Ungleichheit geht „[...] also berufsorientiert, vertikal, ‚objektiv‘ und im psychologischen Sinne deterministisch vor.“ (Hradil 1994: 381)

Neben diesen Merkmalen werden von einigen Autoren weitere Indikatoren sozialer Ungleichheit in das Schichtkonzept aufgenommen, über die jedoch keine Einigkeit besteht (Jöckel et al. 1998: 8). So wird in komplexeren Schichtmodellen versucht, die Bevölkerung nach solchen Kriterien bzw. Kombinationen von Kriterien zu gliedern, die sich auf die Einstellungen und ihr Verhalten auswirken. Die sozialen Schichten unterscheiden sich danach nicht nur im Hinblick auf Unterschiede in der sozioökonomischen Situation, sondern auch durch schichtspezifische Einstellungs- und Verhaltensmuster, die aus den unterschiedlichen Lebensverhältnissen entstehen. Die Berücksichtigung subjektiver Merkmale führt zwar zu einer erhöhten „Realitätsnähe“ der Schichtmodelle, hat aber auch zur Folge, dass die Schichtgrenzen komplizierter festzulegen sind (Geißler 1994: 8).

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass der schichtungssoziologische Ansatz der Ungleichheitsforschung davon ausgeht, (vgl. Hradil 1994: 380, 1998a: 156f.):

- dass die wichtigsten Ursachen sozialer Ungleichheit - trotz aller Differenzen gängiger Theorien und Begründungen sozialer Schichtung - im ökonomischen Bereich zu suchen sind,
- dass die wichtigste Determinante sozialer Ungleichheit die berufliche Stellung ist, wobei die Berufsstruktur im wesentlichen vertikal und hierarchisch geordnet ist,
- dass berufliche Voraussetzungen und Belohnungen (Qualifikation, Einkommen, Prestige, Macht) die wichtigsten Dimensionen sozialer Ungleichheit darstellen und dass die Menschen in Bezug auf diese Dimensionen in einem Oben und Unten, in einer prinzipiell vertikalen Gesamtstruktur angeordnet werden können, die „objektiven“ Charakter hat
- und dass die Stellung von Menschen in diesem Gefüge „objektiver“ Einkommens-, Bildungs- und Berufsprestigeschichtung prägend für wesentliche Konsequenzen sozialer Ungleichheit, insbesondere für „subjektive“ Denk- und Verhaltensweisen ist.

2.3 Die traditionellen Schichtkonzepte in der Kritik

Die gesellschaftlichen Wandlungen der 60er und 70er Jahre (z.B. Wohlstandsmehrungen und Wertewandel, Bildungsexpansion und Individualisierungsprozesse) erstreckten sich nicht zuletzt auch auf die Strukturen sozialer Ungleichheit (Hradil 1998b: 29). Die Soziologie reagierte, leicht verspätet, auf diesen Umbruch mit einer Fülle von neuen Theorien, Konzepten und Forschungsrichtungen (ebd.). Da es für moderne Gesellschaften fragwürdig wurde, inwieweit sich soziale Schichten als homogene Gruppen identifizieren lassen, rückte der traditionelle Schichtungsbegriff im Laufe der 80er Jahre immer mehr ins Abseits der Ungleichheitsforschung (vgl. Geißler 1994, 1996b, Sperlich/Mielck 2000). So wuchs in der sozialstrukturellen Forschung das Unbehagen am Beharren auf Marx und Weber, und die traditionellen vertikalen Schichtkonstrukte wurden durch sogenannte horizontale bzw. „neue“ Ungleichheiten (z.B. Alter, Geschlecht, Familiengröße und Wohnort) ersetzt bzw. ergänzt.⁴

4 Da diese zusätzlichen Indikatoren der sozialen Ungleichheit quer zur vertikalen Unterscheidung auf Grundlage der klassischen Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen stehen, werden sie als horizontale soziale Ungleichheiten bezeichnet.

Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses standen dabei zunehmend Prozesse der Pluralisierung, Individualisierung und Diversifizierung der Lebensbedingungen und Lebensweisen. Ausgangspunkt für diesen Wandel war der vermeintlich empirische Hintergrund des zu beobachtenden Wohlstandsanstiegs, der Bildungsexpansion und der Vorstellung der Entwicklung der Arbeitsgesellschaft zu einer Konsum- und Freizeitgesellschaft (Winkler 2000: 50). Die Vertreter der Kritik an den traditionellen Klassen- und Schichtungskonzepten (z.B. Kreckel 1983, Beck 1986, Hradil 1987) stellten die These auf, dass sich die Klassen und Schichten im Zuge des sozialstrukturellen Wandels allmählich auflösen bzw. bereits aufgelöst haben. Diese Kritik führte zu der Diskussion, ob Schicht und Klasse noch sinnvolle Instrumente zur Analyse einer fortgeschrittenen „entstrukturierten“ Sozialstruktur sind (Geißler 1994: 12).⁵ Einigkeit bestand in der wissenschaftlichen Diskussion darin, dass wirtschaftlicher und sozialer Fortschritt, der Anstieg von Einkommen, Lebensstandard und Bildungsniveau und eine Fülle sozialpolitischer Maßnahmen nicht in der Lage waren, soziale Ungleichheiten zu beseitigen und dass die moderne Sozialstruktur in den letzten Jahrzehnten differenzierter, komplexer und damit auch unübersichtlicher geworden ist. Auch wenn damals keine umfassende Theorie und kein Überblick über die „postindustrielle Sozialstruktur“ entstand, so erbrachten diese Forschungen im Laufe der 80er Jahre in der Soziologie doch einen gewissen Konsens darüber, in welche Richtung sich das Gefüge sozialer Ungleichheit entwickeln werde (Hradil 1998b: 30, Sperlich/Mielck 2000). Uneinigkeit herrschte dagegen bei der Antwort auf die Frage, welche Struktur die soziale Ungleichheit aufweist und welchen Stellenwert diese Weiterentwicklungen haben (Geißler 1990: 81f).

Nach Geißler (1994: 12ff., vgl. auch Hradil 1987, 1994) lassen sich die Haupteinwände folgendermaßen charakterisieren: So wurde beispielsweise argumentiert, dass der Schichtbegriff zu eng und zu grob sei. Er umfasse zudem nur traditionelle vertikale Dimensionen sozialer Ungleichheit (Beruf, Bildung und Einkommen) und vernachlässige „neue Ungleichheiten“⁶, die durch den

5 Das Interessante an dieser Diskussion ist, dass sie in dieser massiven Form eigentlich nur in Deutschland auftrat und nicht in anderen „postindustriellen“ Gesellschaften. Es gab zwar auch in anderen Ländern Einzelstimmen mit ähnlichen Auffassungen, aber insgesamt ist die Sozialstrukturforschung in Europa und Nordamerika mit Aussagen über die allmähliche Auflösung der Klassen und Schichten und mit entsprechenden kritischen Urteilen über die Brauchbarkeit traditioneller Ansätze und Begriffe wesentlich zurückhaltender gewesen (Geißler 1996b: 324, 1994, vgl. auch Hradil 1998b: 35f.).

6 Die meisten der sogenannten „neuen“ Ungleichheiten sind eigentlich keine neuen Erscheinungen innerhalb der Sozialstruktur. Das Prädikat „neu“ verdienen die meisten unter ihnen lediglich deshalb, weil sie bislang von der Schichtungs- und Klassenanalyse kaum bzw. gar nicht beachtet wurden. „Neu ist in der Regel nicht ihr Vorkommen, neu ist lediglich die Aufmerksamkeit, die ihnen zuteil wird.“ (Geißler 1996a: 75)

Wandel der Sozialstruktur zunehmend an Bedeutung gewinnen (z.B. benachteiligte Problemgruppen und bisher vernachlässigte Aspekte von Lebenschancen wie ungleiche Teilhabe an der Wohlfahrt oder ungleicher Zugang zu öffentlichen Gütern). Darüber hinaus würden Formen der Differenzierung wie Milieuunterschiede oder die Kombination von bestimmten Kriterien zu spezifischen Problemlagen ebenso wenig erfasst wie die zunehmende Vielfalt, Pluralisierung und Individualisierung der Lebensbedingungen und Lebensstile. Wegen seiner Enge, Grob-, Abstrakt- und Starrheit sowie ethnozentrischen Beschränkung sei der theoretische Erklärungswert des Schichtbegriffs gering (siehe Geißler 1994: 12ff, vgl. auch Hradil 1987, 1994). Mit anderen Worten sei der Schichtbegriff schließlich irrelevant, d.h., die eigentlich brisanten und erklärungsbedürftigen Aspekte sozialer Ungleichheit würden von dem Schichtbegriff nicht mehr erfasst.

Diese scharfe Kritik an dem Konzept der sozialen Schichtung blieb jedoch nicht unwiderrprochen. Nach Geißler (1994: 14ff., 1996b) wurden die Tendenzen zur Entstrukturierung der sozialen Ungleichheit, zur Auflösung der Klassen und Schichten, erheblich überzogen. Die Kritik an den sozialen Ungleichheiten in Form von Privilegien und Benachteiligungen (d.h. ungleichen Lebenschancen) wich immer mehr der Freude über die bunte Vielfalt der „individualisierten“ und „pluralisierten“ Lebensformen. „Dadurch geht der Blick dafür verloren, dass soziale Ungleichheiten in der Bundesrepublik weiterhin in erheblichem Ausmaß um traditionelle Schichtkriterien wie Berufsposition und Bildungsniveau gruppiert sind (These von der Dominanz einer oder mehrerer Dimensionen sozialer Ungleichheit; M.R.) und dass Modernisierungsprozesse wie Individualisierung und Pluralisierung auch mit den vertikal ungleich verteilten Handlungsressourcen zusammenhängen und daher schichttypisch unterschiedlich verlaufen, „schichttypisch gebrochen“ werden.“ (Geißler 1996a: 77) Der Modernisierungsprozess vollzieht sich also nicht individuell oder plural beliebig, sondern die zunehmenden Handlungsoptionen der Menschen, ihre ebenfalls zunehmenden Mobilitätschancen, Individualisierungschancen, ihre Chancen aus der Pluralität der Lebensstile einen bestimmten Lebensstil zu verwirklichen, werden durch die weiterhin bestehende vertikale Ungleichverteilung der Ressourcen und Lebensbedingungen begrenzt. Und diese Grenzen sind für Arbeiter und Arbeiterinnen anders gezogen als für Akademiker und Akademikerinnen (Geißler 1996b). Empirische Materialien zeigten, dass schichttypische Soziallagen, Subkulturen und Lebenschancen trotz der Tendenzen zur Vereinheitlichung, Pluralisierung, Individualisierung, Differenzierung und Diversifizierung fortbestehen (vgl. Geißler 1994, 1996b).

So hat Geißler (1996b: 324ff., siehe auch Blossfeld/Shavit 1993, Baumert/Schümer 2001) nachgewiesen, dass z.B. immer noch eine schichtspezifische

Chancenungleichheit in der Bildung besteht, d.h., dass der Anteil der Kinder von Arbeitern an den Studienanfängern in den letzten fünfundzwanzig Jahren weiter abgenommen hat, dass es schichtspezifische politische Teilnahmekanäle in der Bundesrepublik gibt (etwa im Sozialprofil der Parlamentarier abzulesen) und dass es im Rahmen der Strafverfolgung und Bestrafung Krimineller zu kumulativen schichtspezifischen Selektionsprozessen kommt.⁷ Geißler bestreitet zwar nicht, dass es notwendig war, die Ungleichheitsanalyse aus ihrer Fixierung auf Schichten und vertikale Ungleichheiten herauszuführen und somit die Entwicklung von neuen Ansätzen zu ermöglichen. Aber er macht gleichzeitig deutlich, dass die nachweisbaren Entschichtungstendenzen nicht zu einer Auflösung der Schichten geführt haben. „Langfristiger sozialstruktureller Wandel hat die Schichtstruktur verändert. Schichten haben an gesellschaftlicher Bedeutung verloren, sie sind weniger gut sichtbar, ihre Konturen teilweise verschwommen. Schichtdeterminanten haben ihr Gewicht verändert, neue nachgeordnete Schichtungen sind aufgetaucht. Das Schichtgefüge hat sich umgeschichtet und zeigt auch gewisse Tendenzen zur „Entschichtung“. *Umschichtungen und Entschichtungstendenzen sind jedoch nicht gleichbedeutend mit der Auflösung der Schichten.*“ (Geißler 1990: 98; Hervorhebung im Original) Für eine Feinanalyse bestimmter Aspekte der sozialen Ungleichheit (z.B. Probleme von Randgruppen, Folgen der Dauerarbeitslosigkeit, Benachteiligungen von Frauen oder Generationen) erscheint eine Ausdifferenzierung des Konzeptes der sozialen Schichtung jedoch nach wie vor notwendig, weil die traditionellen Variablen sozialer Ungleichheit (Beruf, Bildung und Einkommen) für bestimmte Fragestellungen zu grobe Raster bilden, und sie so Umstände verdecken, dass einzelne Teilgruppen der Bevölkerung noch weitaus größeren Ungleichheiten ausgesetzt sind. „Zur *Makroanalyse* der sozialen Ungleichheit, die auf das Ganze der Gesellschaft zielt, ist der Schichtbegriff dagegen eine nützliche ‚Krücke der Erkenntnis‘, die zudem noch recht handlich ist.“ (Geißler 1990: 99; Hervorhebung: M.R.) Geißler (1994) kommt deshalb zu dem Fazit: „Die Schichtstruktur verändert sich, aber sie löst sich keinesfalls auf; die moderne Gesellschaft hat sich nicht von den Klassen und Schichten verabschiedet, sondern eine dynamische, pluralisierte Schichtstruktur herausgebildet.“ (ebd.: 31) Festzustellen ist, dass es bisher keine ernsthaften, auch empirisch verifizierbaren neuen Strukturmodelle der Gesellschaft gibt, die eine Ablösung der Schichtstrukturen nachweisen (Hüttner et al. 1996: 161).

7 Wie in den folgenden Kapitel gezeigt wird, sprechen auch die Daten zur gesundheitlicher Ungleichheit im Erwachsenenalter dafür, dass „alte“ vertikale Ungleichheiten weiterwirken und mit den Variablen Bildung, Einkommen und Stellung im Erwerbsleben offensichtlich vorhandene Unterschiede gut gemessen werden können und für den Gesundheitsstatus nach wie vor hohe Erklärungskraft haben (vgl. auch Sperlich/Mielck 2000, Winkler 2000).

Die oben dargestellten Entwicklungen des sozialen Wandels und die damit verbundene konzeptionelle Kritik am Schichtkonzept, hatten bis in die 90er Jahre hinein zumeist den Status nicht mehr zu hinterfragender Tatsachen (Sperlich/Mielck 2000: 30). Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Umbrüche in Deutschland und vielen anderen „entwickelten“ Ländern (als ein Beispiel sei hier die steigende Arbeitslosigkeit und damit verbundene soziale Abstiegsprozesse genannt) wurde gegen Ende der 90er Jahre zunehmend Zweifel am Bedeutungsverlust vertikaler Ungleichheitsdimensionen laut.⁸ Selbst ehemals scharfe Kritiker des Schichtkonzeptes stellen in den letzten Jahren wieder die Frage nach einer „erneuten“ Veränderung des Gefüges sozialer Ungleichheit. So kommt Hradil (1998b: 32) beispielsweise zu dem Schluss, dass nicht - wie von ihm oder anderen Kritikern des Schichtkonzepts angenommen - die Bedeutung materieller, insbesondere einkommensbezogener Dimensionen von sozialer Ungleichheit im Abnehmen begriffen sei und Ungleichheiten im Bereich der Freizeit, der sozialen Sicherheit, der Wohnungs- und Umweltbedingungen sich in den Vordergrund schieben würde, sondern gegenwärtig eine Re-Ökonomisierung sozialer Ungleichheit stattfindet. Diese Ungleichheiten, die u.a. unter den Schlagworten „prekärer Wohlstand“ (Hübinger 1996) und „Spaltungen der gesellschaftlichen Mitte“ diskutiert werden, verlaufen allem Anschein nach teilweise schichtbildend entlang den „klassischen“ Vor- und Nachteilen des Einkommens, des Vermögens und des Berufsprestiges. „Dementsprechend deutet sich auf der Ebene der Determinanten sozialer Ungleichheit eine Schwerpunktverlagerung an: Gerieten in den 80er Jahren Ungleichheiten, die am Rande oder außerhalb der Erwerbslebens angesiedelt sind, wie geschlechtsspezifische, ethnische, regionale oder von der Lebensform bestimmte, in den Vordergrund, so wird heute beobachtet, dass die Statusdeterminante Erwerbsarbeit angesichts von Arbeitsplatzknappheit und leeren öffentlichen Kassen eine Renaissance erlebt.“ (Hradil 1998b: 32)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Gefüge sozialer Ungleichheit in den 90er Jahren in Deutschland erhebliche Veränderungen erfahren hat. Viele dieser Entwicklungen führen allem Anschein nach von jenen Tendenzen weg, die vielen Sozialwissenschaftlern typisch für „postindustrielle Gesellschaften“ erschienen. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen hat die vertikale Dimension sozialer Ungleichheit (und damit auch das Schichtkonzept) wenig von ihrer Aktualität und Bedeutung verloren. Für die makro-soziologische Untersuchung sozialer Ungleichheit kommt ihr nach wie vor eine hervorgehobene Bedeutung zu.

8 Siehe dazu auch die Artikelserie im „Forum Humanwissenschaften“ der Frankfurter Rundschau über alte und neue soziale Ungleichheiten (2002/03).

3 Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Erwachsenenalter

Im vorangehenden Kapitel wurde gezeigt, dass durch die asymmetrische Verteilung knapper und begehrter Güter auf gesellschaftlichen Positionen vorteilhafte bzw. nachteilige Lebensbedingungen von Menschen entstehen, die als soziale Ungleichheiten definiert werden können. Diese gesellschaftlich bedingten Vor- und Nachteile beeinflussen - weitgehend unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung und der Interpretation dieser Bedingungen - das Leben des Einzelnen entscheidend (Hradil 1999: 11f). Dementsprechend ist auch die gesundheitliche Situation durch sie mitbestimmt. Dies überrascht nicht, da viele Aspekte des Lebens durch die Stellung einer Person in der sozialen Schichtung bedingt werden. So beeinflusst der soziale Status beispielsweise, welche beruflichen Möglichkeiten die einzelnen Personen haben, in welchen Häusern sie leben, welchen beruflichen Belastungen sie ausgesetzt sind, wofür sie ihr Geld ausgeben, wie sie Probleme bewältigen und was sie in ihrer Freizeit machen. Viele dieser Faktoren beeinflussen die Gesundheit und deuten auf die Verbindung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hin (Stronks 1997: 4). Durch diese ungleiche Verteilung von gesundheitlichen Risiken und Möglichkeiten der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit erlauben sie dem einen mehr, dem anderen weniger gut, ein Leben in Gesundheit zu führen. Auch Gesundheit und Krankheit sind damit Tatsachen, die auf unterschiedlichste Weise durch soziale Ungleichheit bestimmt werden (Siegrist 1995b: 56).

Ohne jeden Zweifel sind Krankheiten und vorzeitiger Tod auch heute noch in Ländern mit vergleichsweise hohem Wohlfahrtsniveau dort häufiger anzutreffen, wo Menschen in besonders ungünstiger sozialer Lage leben. Umgekehrt haben sozial besser gestellte Personen eine geringere Krankheitsbürde zu tragen und genießen ein längeres Leben (Wilkinson/Marmot 1998: 6, WHO 1998). Die sozial ungleiche Verteilung von Krankheit und Tod ist dabei schon länger Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung, als vielleicht auf den ersten Blick zu vermuten ist. Seitdem empirische Dokumente vorliegen, lässt sich der soziale Gradient in der Gesundheit belegen (Borgers/Steinkamp 1994: 135). So untersuchten Wissenschaftler wie Chadwick in England, Villermé in Frankreich und Virchow in Deutschland vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Probleme,

die die Industrialisierung mit sich brachte, bereits im 19. Jahrhundert die Einflüsse von Armut, Arbeitsplatz und Wohnsituation auf die Gesundheit von Menschen (Marmot 1996: 392, Macintyre 1998).⁹ Trotz dieser langen Tradition sozialepidemiologischer Forschung, beginnen sich die Ergebnisse national wie international erst jetzt zu akkumulieren und einen Bedarf für weitere Differenzierung und Spezifizierung zu begründen (Elkeles/Mielck 1997b: 23).

In den letzten 20 Jahren ist in einer kaum mehr überschaubaren Vielfalt von Publikationen demonstriert worden, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität einhergeht (zusammenfassend Macintyre 1997, Adler/Ostrove 1999, Mielck 2000, Mackenbach et al. 2002). Obwohl der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit in erster Linie in Großbritannien, Skandinavien und den USA zum Gegenstand der empirischen Forschung gemacht wurde (vgl. Macintyre 1997: 731ff.), konnte dieser Zusammenhang überall dort festgestellt werden, wo man nach ihm gesucht hat. Die sozial ungleiche Verteilung von Morbidität und Mortalität trifft aber nicht nur einen besonders benachteiligten Teil der Bevölkerung. „There is evidence that the association of socioeconomic status (SES) and health occurs at every level of the SES hierarchy, not simply below threshold of poverty. Not only those in poverty have poorer health than those in more favoured circumstances, but those at the highest level enjoy better health than do those just below.“ (Adler et al. 1994: 15) Der soziale Gradient in der Gesundheit macht also deutlich, dass die Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit nicht einfach auf „Armut“ zurückgeführt werden kann, auch wenn relative und gerade absolute Armut sicher einen wichtigen Einfluss auf die Mortalität und Morbidität ausübt.

In den letzten Jahren ist das Interesse an dem Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ auch in Deutschland deutlich gestiegen und die lineare Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und der Gesundheit war Gegenstand intensiver Forschung (vgl. Mielck 2000: 11, Helmert 1998: 9). Auch in der aktuellen (gesundheits-)politischen Diskussion wird immer häufiger die Frage gestellt, ob und warum Personen mit einem niedrigen SES einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, und was dagegen unternommen werden kann. Selbst in Gesetzestexten hat diese Erkenntnis inzwischen Eingang gefunden. So sollen Leistungen zur Prävention im § 20 SGB V „insbesondere

9 Die Verbesserung der Lebensbedingungen hat z.B. bei der Bekämpfung und Eindämmung der noch im vergangenen Jahrhundert dominierenden Infektionskrankheiten eine entscheidende Rolle gespielt. So gab es einen Rückgang der durch Tuberkulose bedingten Todesfälle um 90% bereits vor Einführung von Antibiotika. Stetig verbesserte Lebensbedingungen (insbesondere Ernährungs- und Hygieneverhältnisse) waren dafür die entscheidenden Ursachen (Steinkamp 1999: 101, vgl. auch WHO 1999: 1f.).

einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ Auch in den neueren Rechtsvorschriften für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (z.B. in der Richtlinie für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung im Land Brandenburg) spiegelt sich diese Einsicht wider. Die Zunahme des Interesses ist vermutlich darin begründet, dass in der jüngsten Zeit die sozialen Gegensätze sowohl in Deutschland als auch im europäischen Ausland erheblich zugenommen haben (Whitehead 1998: 472, vgl. auch Mielck 1998, Hauser 1999).¹⁰ Auf der Basis dieser gesellschaftlichen Entwicklung ist anscheinend auch die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit wieder stärker ins Blickfeld gerückt. Verglichen mit der Anzahl und der Qualität sozialepidemiologischer Studien in Großbritannien und den skandinavischen Ländern, ist für Deutschland zwar noch ein erheblicher Nachholbedarf zu konstatieren, mittlerweile hat sich aber die Datenlage sowohl quantitativ als auch qualitativ soweit verbessert, dass eine eindeutige Aussage möglich ist: Der Gesundheitszustand in unserer Gesellschaft ist sozial ungleich verteilt. Morbidität und Mortalität sind bei Personen mit geringerem sozioökonomischen Status in der Regel höher als bei Personen mit höherem sozioökonomischen Status.

In den folgenden Kapiteln werden mit Hilfe einer exemplarischen Auswahl aktueller sozialepidemiologischer Forschungsergebnisse sowohl für die Sterblichkeit als auch für die Häufigkeit von Krankheiten und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren die Art und der Umfang sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit im Erwachsenen- bzw. Berufstätigenalter dargestellt. Dabei werden in erster Linie Ergebnisse präsentiert, die sich auf vertikale Ungleichheiten (d.h. auf Unterschiede nach Ausbildung, beruflichem Status und Einkommen) konzentrieren. Damit soll verdeutlicht werden, dass die Sozialstruktur entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit ausübt und dass dementsprechend der Umstand, ob jemand krank oder gesund ist oder vorzeitig stirbt, keine schicksalhafte Gegebenheit in Form einer genetischen Mitgift ist, sondern sich abhängig von seiner Position in der gesellschaftlichen Hierarchie ergibt. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt zwar auf dem Jugendalter, dennoch ist es erforderlich, kurz auf gesundheitliche Ungleichheiten in älteren Altersgruppen einzugehen, um mögliche Veränderungen im Lebenslauf besser beurteilen zu können.

10 Hier sei nur an die stetig steigende Zahl von Arbeitslosen und Sozialhilfeempfänger erinnert. So waren zum Jahresende 2002 2,76 Millionen Personen auf Sozialhilfe angewiesen. Die Sozialhilfequote betrug zum Jahresende 2002 - wie im Vorjahr - in Deutschland 3,3%. Der Anteil der Personen an der Bevölkerung, der Sozialhilfe beansprucht, hat sich somit seit 1963 mehr als verdreifacht; damals bezogen lediglich 1,0% der Bevölkerung Sozialhilfe (Statistisches Bundesamt 2003).