

«... dazu noch ein Esslöffel soziale Integration ...» – Was Medikamente für die Gesundheit nicht leisten können

René Levy

Gesundheit – noch so ein soziales Konstrukt?

Was soll nicht alles ein soziales Konstrukt sein! Bald die ganze Welt wird mit dieser Etikette versehen, was nicht gerade zu ihrer Verständlichkeit beiträgt. Wie steht es diesbezüglich mit der Gesundheit? Ob da die gängigen Definitionen Hinweise geben? Die ganz offizielle, sozusagen institutionelle Definition der WHO hilft schon ein Stück weiter. Sie versteht bekanntlich Gesundheit als einen «Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen».¹ Sie sieht *mens sana in corpore sano* als Ganzheit; das macht soziale Einflüsse zumindest plausibel – und wenn man die Debatte hinzudenkt, die sich in der Bemerkung widerspiegelt, es könne nicht nur um Krankheitsfreiheit gehen, verdeutlicht diese Definition, dass das, was unter Gesundheit verstanden werden soll, seine Konturen durch einen eminent sozialen Prozess gewonnen hat und nicht nur beschreibende, sondern auch normative Funktionen hat. Man kann es auch wissenschaftlicher – und komplizierter – haben. So schreibt der deutsche Soziologe Klaus Hurrelmann:² «Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial im Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren,³ das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren.» Hier wird mit der Definition gleich noch ein theoretischer Ansatz mitgeliefert, der uns in diesem Zusammenhang nicht beschäftigen soll, aber die soziale Einbettung wird ganz ausdrücklich miteinbezogen, sowohl was den Zustand der Gesundheit als auch was ihre Bedingungsfaktoren betrifft. In diesem doppelten Sinne (Definition und Bedingungsfaktoren)

¹ WHO, *Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19-22 June, 1946, S. 1 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, 18. September 2012).

² Hurrelmann, Klaus, *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, Weinheim 2010.

³ Das Begriffsternem der Risiko- und Schutzfaktoren verweist auf die Arbeiten des Gesundheitssoziologen Aaron Antonovsky. Siehe : Antonovsky, Aaron, *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen 1997 (orig. *Health, Stress, and Coping*, San Francisco 1979).

wird hier tatsächlich Gesundheit als soziales Konstrukt behandelt. Ein Blick in die Empirie soll im Folgenden zeigen, wie plausibel dies ist.

Wenn man an den gängigen Sprachgebrauch denkt, so ist weiter zu berücksichtigen, dass Gesundheit nicht nur ein Attribut individueller Personen ist, wie es diese Definitionen jedenfalls unausgesprochen unterstellen, sondern *mutatis mutandis* auch von Gruppen, Gemeinschaften, Bevölkerungen, Ländern. Nur schon die grossen internationalen Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung und weitere Gesundheitsindikatoren lassen mindestens vermuten, dass ganz andere als im engeren Sinn medizinische Faktoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerungen und damit auch ihrer individuellen Mitglieder eine grosse Rolle spielen.

Nun kann man solche Definitionen und Sprachverwendungen als Postulate ansehen, die eher die Vorurteile und Theorien ihrer ProtagonistInnen signalisieren als harte empirische Befunde. Interessieren wir uns also wenigstens kurz für die empirische Sachlage.

Let's be evidence-based

Wie Gesundheit messen?

Wie steht es also mit allfälligen sozialen Parametern der individuellen Gesundheit, und wie sind sie konkret zu erfassen? Die Empirie braucht operationale Definitionen, für Gesundheit selbst und für die zusätzlichen Parameter. In der Literatur unterscheidet man, eingedenk der WHO-Definition, objektive und subjektive Gesundheit (Gesundheitsempfinden und Bewertung der eigenen Gesundheit). Für beide Aspektgruppen gibt es eine fast beliebig grosse Zahl konkreter Manifestationen, bei denen natürlich die Resultate nicht immer identisch sind. Für die physische bzw. objektive, d. h. von aussen sozusagen klinisch feststellbare Gesundheit gibt es eine Vielzahl konkreter Indikatoren, die hier nicht annähernd vollständig aufgezählt werden können, aber auch nicht müssen, weil man sich das leicht vorstellen kann – die Schwierigkeit des Messens liegt hier wohl eher darin, valide Sammelindikatoren zu bilden. Für die subjektive Gesundheit ist potentiell der Fächer wohl ähnlich gross, aber es lohnt sich hier eher, einige besonders wichtige und häufig verwendete Kriterien zu erwähnen, die man versuchsweise wiederum in zwei Gruppen gliedern kann. Einerseits geht es dabei um die direkte persönliche Einschätzung (Wahrnehmung) des eigenen Gesundheitszustandes, ob sie nun gesamthaft oder aufgeteilt nach spezifischen Aspekten erfragt wird (naturgemäss können diese subjektiven Aspekte nur durch direkte Befragung erfasst werden). Andererseits kann das Wohlbefinden nach psychologisch oder sozialpsychologisch relevanten Dimensionen aufgegliedert und separat erfasst werden. Wichtige Beispiele solcher Dimensionen sind etwa das Selbstwertgefühl (*self-esteem*), das Gefühl, seine Situation meistern zu können (Selbstwirksamkeit, *agency*), Zugehörigkeitsgefühl, Lebenssinn oder auch die Lebenszufriedenheit, die ihrerseits, je nach

Fragestellung, wiederum nach konkreten Aspekten (wie etwa Zufriedenheit mit dem Familienleben, dem Beruf, den Kindern usw.) aufgegliedert werden kann.

Geht es nicht um die individuelle, sondern um die Bevölkerungsgesundheit, kann man auf pauschaler Ebene drei fundamentale Indikatoren nennen, die besonders regelmässig verwendet werden, zwei objektive und ein subjektiver: die Lebenserwartung, die Morbidität und schliesslich die selbst eingeschätzte Gesundheit (Gesundheitsempfinden), die sich u. a. statistisch als guter Prädiktor der Mortalität erwiesen hat.⁴

Besonders offensichtlich sozial bedingte Gesundheitsprobleme

Vor allem im Lauf des 20. Jahrhunderts hat sich das Gesamtbild des Gesundheitszustandes der Bevölkerungen hochindustrialisierter Länder u. a. insofern umstrukturiert, als die zuvor vorherrschenden Infektionskrankheiten immer weiter in ihren Auswirkungen beschränkt und diesbezüglich von chronischen Erkrankungen abgelöst wurden. In wenigen Seiten kann kein eigentlicher empirischer Überblick gegeben werden; wir müssen uns auf einen groben Schattenriss der Phänomenologie beschränken. Beginnen wir mit zwei der wichtigsten Gruppen von Gesundheitsstörungen mit nicht rein medizinisch-somatischem Profil: Eine erste derartige Kategorie sind die grundsätzlich seit langem bekannten Berufskrankheiten, von denen einige spezifisch in einem direkten Zusammenhang mit den besonderen Bedingungen konkreter Berufe (Beispiel Staublunge) stehen und andere unspezifisch sind wie bestimmte Krebsarten, psychosomatische Störungen, Depressionen. Gerade in der letzten Kategorie ist in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Verschiebung von somatischen zu psychosomatischen und psychischen Störungen festzustellen, die nicht nur mit der fortlaufenden Verbesserung medizinischer Behandlungsmöglichkeiten zusammenhängt, sondern genauso sehr mit – teilweise hart erkämpften – Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und mit einem massiven wirtschaftlichen Strukturwandel hochentwickelter Länder, in denen der Beschäftigungsanteil nicht nur des Primärsektors (Landwirtschaft, Ausbeutung von Rohstoffen) seit langem stark abgenommen hat, sondern seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts auch jener des Industriesektors, sodass sich die Mehrheit der Arbeitsplätze nunmehr im Dienstleistungssektor befinden. Dieser Strukturwandel hat wie erwähnt nicht einfach zu einer generellen Abnahme berufsbedingter Erkrankungen geführt, sondern zu deren Verlagerung zu anderen, häufig unspezifischeren Profilen (mit den entsprechenden Anerkennungsproblemen). Forsch und vereinfachend formuliert treten Stress, Mobbing und Burnout an die Stelle der guten alten Arbeitsunfälle und sonstigen physischen Abnützungerscheinungen.

⁴ Idler, Ellen L. und Benyamini, Yael, «Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies», in: *Journal of Health and Social Behavior*, 1997, 38(1):21–37.

Eine zweite bedeutende Kategorie bilden die Allergien, die nach Hurrelmann als eigentliche Zivilisationskrankheiten anzusehen sind, weil sie eng mit den veränderten Lebensumständen der anteilmässig stark wachsenden urbanen Bevölkerungsteile im Verlauf der Industrialisierung und anderer Modernisierungsprozesse verknüpft sind.⁵ Diese Veränderungen führen dazu, dass die Immunsysteme eines immer grösseren Bevölkerungsanteils immer ungenügender «trainiert» werden, was die Anfälligkeit für vielerlei Gesundheitsstörungen stark erhöht. Um es mit einem starken Bild zu sagen, das der demographische Historiker Imhof in die Diskussion geworfen hat:⁶ Waren die Lebensumstände der meisten europäischen Bevölkerungen bis ins 19. Jahrhundert denen domestizierter Tiere zu vergleichen (weitgehend vor Naturgefahren wie Raubtieren oder Nahrungsmangel geschützt, aber nach wie vor gegenüber Krankheiten und Unfällen stark exponiert), so haben sie sich im Laufe des 20. Jahrhunderts denjenigen von Labortieren angenähert, die nur noch dann sterben, wenn sie umgebracht werden oder wenn sie gleichsam ihr volles Lebenspotential ausgeschöpft haben. Dementsprechend verändern sich historisch auch die Überlebenskurven in einem Sinn, den die Demographen als Rektangularisierung bezeichnen.⁷

Neben rein somatischen, aber bereits deutlich von sozialen Bedingungen mitbeeinflussten Störungen der Gesundheit spielen also psychosomatische bzw. psychovegetative Faktoren eine meist unterschätzte und weiter wachsende Rolle. Zur Illustration seien erneut Beispiele

⁵ Hurrelmann, *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*.

⁶ Imhof, Arthur, *Die Lebenszeit. Vom aufgeschobenen Tod und von der Kunst des Lebens*, München 1988.

⁷ Überlebenskurven geben für jedes Lebensalter einer Kohorte Gleichaltriger an, welcher Anteil noch am Leben ist. Bis ins 16. Jahrhundert waren die europäischen Kurven – soweit sie rekonstruiert werden konnten – deutlich konkav, d. h. sie fielen direkt nach der Geburt besonders stark ab und verflachten sich anschliessend. Das illustriert beispielsweise eine Auswertung der Florentiner Bevölkerungszählung von 1427: Ein Drittel der Bevölkerung starb vor dem Alter von 15 Jahren, vier Fünftel der mit 25 noch Lebenden erreichten das Alter von 45 und die Hälfte gar dasjenige von 70 (Florenz war eine Stadt, eine analoge Erhebung bei der damaligen Landbevölkerung hätte deutlich kürzere Lebenszeiten zu Tage gefördert). Siehe Paravicini Bagliardi, Agostino, «Vieillir au moyen age», in: *UNI Lausanne*, 1986, 48(3):16–19. Ab dem 17. Jahrhundert wurden die Überlebenskurven zunächst linear und dann allmählich konvex, besonders stark seit dem 19. Jahrhundert, so dass es heute als ungewöhnlich erscheint, wenn jemand vor dem 70. oder sogar 80. Altersjahr stirbt (für die Schweiz: Höpflinger, François und Stückelberger, Astrid, *Alter und Altersforschung in der Schweiz*, Zürich 1992; für Deutschland: Imhof, *Die Lebenszeit*). Dabei verschiebt sich historisch gesehen das Alter, das überschritten wird, relativ wenig, eine Lebensdauer von rund 100 Jahren scheint also dem biologisch programmierten «vollen Leben» zu entsprechen. Diese Vorstellung der grundsätzlichen Spanne der Lebensmöglichkeit ist im Übrigen nicht neu, sie liegt bereits den im 16. Jahrhundert aufkommenden graphischen Darstellungen der «Lebenstreppe» zugrunde, die schon damals typischerweise in 10-Jahresschritten bis zur Lebensmitte bei 50 aufsteigen und dann wieder absteigen, um bei 100 zu enden. Siehe Joerissen, Peter und Will, Cornelia (Hg.), *Die Lebenstreppe. Bilder der menschlichen Lebensalter*, Köln 1983.

zitiert, die Hurrelmann anführt: Obesität, Anorexie, gestörte Sinneskoordination, Depression, gesteigerte Aggression, Drogenkonsum und -abhängigkeit, Problemverhalten.⁸

Ein recht allgemeiner Befund ist, dass gewisse Störungskonfigurationen tendenziell als altersspezifisch erscheinen. Die zuletzt genannten Beispiele sind besonders manifest im Jugendalter, das eine der zentralsten biographischen Übergangsperioden in modernen Gesellschaften darstellt,⁹ während die berufsbezogenen Krankheiten logischerweise das Erwachsenenalter kennzeichnen. Daneben treten in dieser langen Phase moderner Lebensläufe Herz-Kreislauf-Krankheiten (ebenfalls sozial mitbedingt¹⁰), muskuloskeletale Probleme und Krebs in den Vordergrund. Wieder andere Störungsarten erscheinen bevorzugt im höheren Alter, besonders Depression und Demenz, wobei hier die Pensionierung als besonders starker biographischer Einschnitt mit entsprechendem Störungspotential erscheint.

Soziale Bedingungsfaktoren

Auf individueller Ebene scheinen drei grundlegende Aspekte besonders gesundheitsrelevant zu sein: die Position im sozialen Schichtungsgefüge, d. h. im System der bestehenden sozialen Ungleichheiten, die Integration in soziale Beziehungsnetze und die Bewältigung der mit Lebenslaufübergängen verbundenen so genannten Entwicklungsaufgaben, gelegentlich auch Entwicklungskrisen genannt. Betrachten wir wenigstens die ersten beiden Aspekte etwas ausführlicher.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten und Gesundheit, bis hin zu schichtspezifisch unterschiedlichen Lebenserwartungen, ist seit spätestens dem 19. Jahrhundert nachgewiesen (Villermé in Paris, Chadwick in Liverpool).¹¹ In grösserer Nähe kann etwa Genf herangezogen werden: Die Wahrscheinlichkeit, den 60. Geburtstag zu erleben, lag für die Oberschicht (höhere Amtsträger, Gross- und mittleres Bürgertum) im 17.

⁸ Hurrelmann, *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*.

⁹ Nur am Rande sei angemerkt, dass die heute so stark sichtbare und oft problematisierte allgemeine Lebensphase der Jugend als einer Zeit relativer personaler Autonomie, die in erster Linie der Ausbildung dient und biographisch zwischen Ursprungsfamilie und Erwachsenenleben steht, eine historische Neuheit Europas darstellt, die sich erst mit der effektiven Einführung des Schulobligatoriums im 19. Jahrhundert herausgebildet hat. Vgl. dazu Gillis, John R., *Youth and history. Tradition and change in European age relations*, New York 1974 (dt.: *Geschichte der Jugend. Tradition und Wandel im Verhältnis der Altersgruppen und Generationen in Europa von der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts bis zur Gegenwart*, Weinheim 1980).

¹⁰ Siegrist, Johannes, *Soziale Determinanten von Herz-Kreislauf-Krankheiten*, Paderborn 2004.

¹¹ In seinem Bericht an das Poor Law Board von 1842 stellte Chadwick fest, dass die mittlere Lebensdauer von Bürgern in Liverpool 35 Jahre betrug, für Arbeiter nur 15 Jahre. Siehe Steudler, François, «Genèse et développement de la sociologie de la santé», in: *Revue suisse de sociologie*, 1992, 18(2):265–284, hier 272–273.

Jahrhundert bei 30,5 Prozent, für die Mittelschicht (Kleinbürger, Handwerker, qualifizierte Arbeiter) bei 17,1 Prozent und für die Unterschicht (unqualifizierte Arbeiter, Handlanger) gar nur bei 10,6 Prozent.¹²

In der Schweiz ist bisher Gesundheit als Ungleichheitskorrelat nur selten untersucht worden. Eine der wenigen Ausnahmen ist eine graue Publikation über den Zusammenhang zwischen Arbeitsstellung und Gesundheit im Kanton Genf Mitte der 1990er-Jahre.¹³ Die drei bei der Genfer Arbeitsbevölkerung untersuchten Indikatoren – Invaliditätsrate, Morbidität und Mortalität – zeigen sehr starke Korrelationen mit der hierarchischen Stellung. So liegt die Invaliditätsrate im Alterssegment 45–65 bei der liberalen Berufe und Wissenschaftler umfassenden Bevölkerungsgruppe bei 2,1 Prozent, bei der Gruppe mit teil- und unqualifizierten Arbeitern dagegen bei 25,4 Prozent, also zwölfmal höher. Analoges gilt für eine Reihe von Erkrankungen und berufsbedingten Unfällen (kardiovaskulär, Knochen und Gelenke, Krebs, Atembeschwerden, psychische Störungen), und ebenso für die Sterblichkeit in derselben Altersperiode. Eine neuere und weiter gefasste Übersicht geben Monica Budowski und Annete Scherpenzeel.¹⁴ Ihre Untersuchung von Daten des Schweizerischen Haushaltpanels (Jahre 1999–2001) zeigt die Bedeutung von Alter und Einkommen, ausserdem von gewissen Statusübergängen (von Erwerbstätigkeit zu Arbeitslosigkeit, Pensionierung), von sozialer Einbettung (Netzwerkintegration) sowie von sozialer Herkunft bzw. finanzieller Situation in der Kindheit, ganz im Sinn des von der Ungleichheitsforschung so genannten Matthäus-Prinzips (Wer hat ...). Diese Befunde stimmen mit jenen aus anderen europäischen Ländern weitgehend überein, dasselbe gilt auch für andere, in der Schweiz bisher nicht verwendete Indikatoren wie etwa die Kindersterblichkeit, die ebenfalls deutlich mit der hierarchischen Berufsstellung des Vaters korreliert.¹⁵

¹² Perrenoud, Alfred, «L'inégalité sociale devant la mort à Genève au XVII^e siècle», in: *Population*, 1975, 30:221–243. Zit. nach: Höpflinger, François, *Zur Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz – Studententext und historisches Datendossier*, Zürich 2008 (<http://www.hoepflinger.com/fhtop/Lebenserwartung-historisch1.pdf>, 10. September 2012). Die Schichtabhängigkeit der Lebenserwartung ist historisch ein sehr langfristig bestehendes Phänomen, anders als die höhere Lebenserwartung der Frauen, welche als «Produkt» des 20. Jahrhunderts erscheint und stark mit der bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts zunehmenden Ausgliederung der Frauen aus dem ausserfamiliären Leben zu tun haben dürfte.

¹³ Gubéran, Etienne und Usel, Massimo, *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*, Genève 2000.

¹⁴ Budowski, Monica und Scherpenzeel, Annete, «The impact of social inequalities on personal health», in: Kriesi, Hanspeter, Farago, Peter, Kohli, Martin und Zarin-Nejadan, Milad (Hg.), *Contemporary Switzerland – revisiting the special case*, Basingstoke 2005, S. 81–101.

¹⁵ So etwa Matthews, Karen A. und Gallo, Linda C., «Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health», in: *Annual Review of Psychology*, 2011, 62:501–530: «Novel measures of biomarkers, health, and health risk, e.g., subclinical CVD, sleep, inflammation, and brain function, are associated with SES [socio-economic status - RL] and constitute a useful adjunct to traditional approaches of identifying pathways to frank disease.» Für breitere Übersichten vgl. Marmot, Michael, *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*, New York 2004; Siegrist, Johannes und Marmot, Michael (Hg.), *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*, Oxford 2006.

Grob gesagt gilt also: Je besser man sozial gestellt ist, desto gesünder ist man objektiv (Krankheitsanfälligkeit, Invaliditätsrisiko, Lebenserwartung) und subjektiv (Beurteilung der eigenen Gesundheit) und desto besser ist es ums persönliche Wohlbefinden bestellt (Lebenszufriedenheit, Gefühl, seine Lebensumstände zu beherrschen oder zumindest massgeblich beeinflussen zu können, Selbstwertempfinden usw.).¹⁶ Armut macht krank, Arbeitslosigkeit ebenfalls ...

Soziale Integration und Gesundheit

Neben den schichtbedingten Gesundheitsunterschieden spielt auch die Integration in soziale Bezüge eine wichtige Rolle. Integration hat mehrere Aspekte; man mag in Bezug auf Erwachsene zunächst daran denken, an welchen wichtigen, d. h. auch Sinn und soziale Anerkennung stiftenden sozialen Feldern eine Person beteiligt ist. Berufswelt und Familie spielen hier eine zentrale Rolle, können aber durch andere Integrationsmöglichkeiten (etwa Freiwilligentätigkeit, Aktivität in einer besonderen Gemeinschaft u. ä.) ersetzt oder auch ergänzt werden. Ausserdem kann man auch hier objektive Aspekte (effektive soziale Zugehörigkeit) von subjektiven (Zugehörigkeitsgefühl, nichtmaterielle Formen von Unterstützung) unterscheiden. Beschränken wir die Illustration auf den besonderen, seit längerem untersuchten Anwendungsfall des häufigen Ausschlusses verheirateter Frauen aus der Berufswelt, jedenfalls während kleinere Kinder zu betreuen sind.¹⁷ Untersuchungen in verschiedenen Ländern belegen den positiven Einfluss der Berufstätigkeit für Mütter und allgemein verheiratete Frauen.¹⁸ Levy & Widmer konnten als negative Auswirkungen der beruflichen Nichtintegration verheirateter Frauen mit kleinen Kindern zeigen, dass sie sich häufiger traurig fühlen als berufstätige Mütter, keine Ziele in ihrem Leben wahrnehmen, den Eindruck haben, ihre Ziele nicht erreichen zu können und auch, in ihrem Leben zu viel

¹⁶ Levy, René, Joye, Dominique, Guye, Olivier und Kaufmann, Vincent, *Tous égaux? De la stratification aux représentations*, Zürich 1997; Zimmermann, Erwin und Weiss, Walter, «Gesundheit und Krankheit als Folge sozialer Ungleichheit», in: Suter, Christian, Renschler, Isabelle und Joye, Dominique (Hg.), *Sozialbericht 2004*, Zürich 2004, S. 43–69.

¹⁷ Dies ist in der Schweiz nach wie vor der Fall ist – wenn auch nach drei verschiedenen biographischen Verlaufsmodalitäten. Siehe Levy, René, Gauthier, Jacques-Antoine und Widmer, Eric, «Entre contraintes institutionnelle et domestique: les parcours de vie masculins et féminins en Suisse», in: *Cahiers canadiens de sociologie*, 2006, 31(4):461–489.

¹⁸ Für die USA: Thoits, Peggy A., «Multiple identities and psychological well-being: a reformulation and test of the social isolation hypothesis», in: *American Sociological Review*, 1983, 48(2):174–187; Moen, Phyllis, *Working parents: transformations in gender roles and public policies in Sweden*, Madison 1989. Thoits zeigt, dass Mehrfachrollen das Wohlbefinden von Frauen erhöhen, Moen gar, dass sie deren Lebenserwartung erhöhen und die Gesundheit verbessern. Dasselbe gilt für Männer. Für die Schweiz: Burton-Jeangros, Claudine, «Les inégalités face à la santé: l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes», in: Oris, Michel, Widmer, Eric, de Ribaupierre, Anik, Joye, Dominique, Spini, Dario, Labouvie-Vief, Gisela und Falter, Jean-Marc (Hg.), *Transitions dans le parcours de vie et construction des inégalités*, Lausanne 2009, S. 273-295; Burton-Jeangros, Claudine und Camenisch, Martin, *Etat de santé, situation familiale et activité professionnelle. Vivre en Suisse (Panel suisse de ménages)*, Neuchâtel 2006.

verpasst zu haben (im Vergleich zu ihren berufstätigen Kolleginnen). Dabei scheint die Berufsintegration dieselbe Funktion zu haben wie die Integration in persönliche Beziehungen: Die erwähnten negativen Selbstwahrnehmungen sind besonders ausgeprägt, wenn beide Integrationsformen fehlen oder schwach ausgebildet sind, etwas weniger, wenn nur die eine der beiden existiert, und besonders wenig, wenn beide Integrationsformen vorhanden sind. Desintegration schlägt nicht nur aufs Gemüt, sondern beeinträchtigt die Gesundheit allgemein.¹⁹

Internationale Unterschiede

Beschränken wir uns hier auf einen einzigen Indikator, die mittlere Lebenserwartung (ohne zu vergessen, dass diese zwischen verschiedenen Situationen innerhalb eines Landes systematisch variiert, wie wir eben gesehen haben). Seit Jahrzehnten wird immer wieder nachgewiesen, dass ein relativ enger Zusammenhang der länderspezifischen Lebenserwartung mit diversen Indikatoren der sozioökonomischen Entwicklung besteht, ob diese durch das vielkritisierte Bruttoinlandprodukt (BIP) gemessen wird oder mittels vielseitigerer Messgrößen. Einen frühen Nachweis anhand des *Gross National Product* (GNP) hat etwa Gernot Köhler schon 1978 veröffentlicht,²⁰ in neuerer Zeit berichten regelmässig die «*Human Development Reports*» darüber, die dank ihrer breiteren Bekanntheit auch weitere Kreise ziehen.²¹ Ein analoger Kurvenverlauf findet sich für den *Quality of Life Index* des *United Nations Development Programme* (UNDP), der neben der Lebenserwartung eine Reihe weiterer Aspekte berücksichtigt.²² Es ist also deutlich und auch nicht weiter erstaunlich, dass man in reicheren Ländern länger lebt als in ärmeren. Unterentwicklung ist ungesund ...

Dieser Zusammenhang ist nicht der einzig wichtige auf makrosozialer Ebene, der spezifische Ausbau diverser Sozialpolitiken spielt eine grosse Rolle. Der differiert auch zwischen ähnlich stark industrialisierten oder postindustrialisierten Ländern und fehlt in armen Ländern weitgehend. Dazu ein Zitat aus einer international vergleichenden Studie:²³ «Vor kurzem konnte unsere Arbeitsgruppe im Rahmen der europaweiten SHARE-Studie bei älteren

¹⁹ Levy, René, Gauthier, Jacques-Antoine und Widmer, Eric, «Entre contraintes institutionnelle et domestique: les parcours de vie masculins et féminins en Suisse», in: *Cahiers canadiens de sociologie*, 2006, 31(4):461–489.

²⁰ Köhler, Gernot, «Global Apartheid», in: *Alternatives*, 1978, 4(2):263–275.

²¹ Z. B. zitiert in: Wilkinson, Richard und Pickett, Kate, *Gleichheit ist Glück: Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*, Berlin 2010 (orig. *The spirit level. Why equality is better for everyone*, London 2009, Abb. 1.1

²² Der degressiv wachsende Kurvenverlauf zeigt an, dass es besonders tiefe bis mittlere Entwicklungsstufen sind, die sich stark auf die Volksgesundheit auswirken, während sich die Korrelation bei reicheren Ländern, d. h. im globalen Norden, verliert – dort werden andere Faktoren relevant, wie etwa die diversen nationalen Sozialpolitiken.

²³ Siegrist, Johannes, *Burnout und Arbeitswelt*. Vortrag am 24. April 2012 im Rahmen der 62. Lindauer Psychotherapiewochen (<http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2012/siegrist.pdf>, 25. September 2012)

Erwerbstätigen den Nachweis erbringen, dass der mittlere Level von Arbeitsstress eines Landes umso höher ist, je geringer dessen Investitionen in wichtige arbeitspolitische Programme sind. Als Beispiel solcher Investitionen können nationale Bemühungen um eine umfangreiche Beteiligung der Erwerbsbevölkerung an beruflichen Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen gelten. In Ländern mit einem hohen Anteil an Beschäftigten, die in jüngerer Vergangenheit an solchen beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen teilgenommen haben, ist der Prozentsatz der Beschäftigten, deren Arbeitssituation durch geringe Kontroll- und Belohnungschancen gekennzeichnet ist, besonders niedrig (vor allem in Schweden, Dänemark und der Schweiz). Umgekehrt ist dieser Prozentsatz vor allem in süd- und osteuropäischen Ländern sehr hoch, die wenig in die berufliche Weiterbildung investieren (vor allem in Griechenland, Spanien und Polen). Und schließlich zeigte sich, dass die Stärke des Effekts, der vom durchschnittlichen Arbeitsstress-Level auf das Depressionsrisiko der Beschäftigten ausgeht, in einem neoliberalen Land wie Großbritannien deutlich ausgeprägter war als in einem sozialstaatlich gut ausgebauten Land wie beispielsweise Schweden oder Dänemark.»

Gesamtbefund

In starker Zusammenfassung ergibt sich also, dass einige soziale Krankheits- und Gesundheitsfaktoren eine im statistischen Sinne sehr wichtige Rolle spielen. Im Wesentlichen sind die stärksten sozialen Gesundheitsfaktoren das Innehaben einer guten sozialen Position, Integration in wichtige soziale Beziehungen (Familie, Freunde etc.) und gelingende Statusübergänge im Lebenslauf (hinter denen sich auch ein Teil der oberflächlich altersgebundenen Gesundheitsvariationen verbirgt).

Der starke und politisch weitgehend vernachlässigte Zusammenhang zwischen Gesundheit (inkl. Lebenserwartung) und sozialer Stellung führt Analytiker der Sozialpolitik sogar zur Diagnose, dass die einkommens- und vermögensblinden Krankenversicherungs- und Rentensysteme die bestehenden sozialen Ungleichheiten verstärken, weil aufgrund dieser Korrelation die Bezugsdauer für Privilegierte wesentlich länger ist als für Unprivilegierte und diese deshalb mit ihren gleich tarifierten Prämien tendenziell die Bessergestellten subventionieren. Weshalb also nicht reichumsabhängige Krankenkassenprämien?

Fazit

Ein erstes Fazit aus dem Geschriebenen ist, dass der Spruch «Lieber reich und gesund als arm und krank» auf eine solide empirische Korrelation zwischen Sozialstatus und Gesundheit verweist, die nicht nur politische Brisanz enthält (Ungleichheit bzw. Armut macht krank und tötet), sondern die sogar, wie eben ausgeführt, die sozialstaatlichen Massnahmen unterläuft.

Ein zweites Fazit ist, dass die genannte Korrelation grundsätzlich auf zwei Weisen zustande kommt, die nebeneinander existieren und deshalb auch gleichzeitig und nicht alternativ politisch zu berücksichtigen sind: Einerseits kommt es häufig vor, dass die sozial schlechter gestellten Schichten weniger für gesundheitsrelevantes Verhalten sensibilisiert sind oder solches Verhalten sogar als Statusmarker verwenden (Akteurperspektive: Mir macht das Rauchen doch keine Angst ...), andererseits reflektieren solche Verhaltensweisen und die sie unterstützenden sozialen (subkulturellen) Vorstellungen häufig schwierigere Lebensbedingungen, die gesundheitsbewusstere Verhaltensweisen unmöglich oder zumindest schwierig machen (Strukturperspektive: Wenn ich mir regelmässige Kontrollen leisten könnte ...). Es handelt sich dabei nicht einfach um alternative oder gar sich gegenseitig ausschliessende Hypothesen, sondern um nebeneinander oder sich sogar gegenseitig beeinflussende Mechanismen. Verhalten, das Gesundheitserwägungen gegenüber anderen Zielen hintanstellt, ist häufig eine Anpassung an situative Zwänge, die mit durchaus vorhandenem Bewusstsein der in Kauf genommenen Gesundheitsrisiken einhergehen kann (wie es beispielsweise 2012 sehr eindrücklich die Arbeiter des Stahlwerks Ilva in Tarent durch ihre Protestaktionen gegen die gerichtliche Stilllegung des Werkes wegen seiner Gesundheits- und Umweltschädlichkeit demonstrierten).

Gesundheitsrelevantes Verhalten ist selten rein individuell gewählt, sondern hängt eng mit dem sozialen Status und kulturellen Zugehörigkeiten zusammen.²⁴

Schliesslich ein drittes Fazit: Die fehlenden Kapitel der Heilmittelkunde müssen von Sozialwissenschaftlern oder zumindest zusammen mit ihnen geschrieben werden, Gesundheitspolitik und -praxis sollte sich das Ignorieren sozialwissenschaftlicher Befunde nicht weiter leisten.²⁵

²⁴ Elstad, Jon Ivar, «The psycho-social perspective on social inequalities in health», in: Bartley, Mel, Blane, David und Davey Smith, George (Hg.), *The sociology of health inequalities*, Oxford 1998, S. 39–58.

²⁵ Richard Wilkinson und Kate Pickett führen aus, dass sie nach Jahren der Forschung die Ungleichheit als gemeinsame Ursache einer Vielzahl von Problemen entdeckt haben: erhöhte Sterberate bei kardio-vaskulären Erkrankungen, Infektionen oder Krebs bei Unterprivilegierten, Gewalt, Drogen, Obesität, verfrühte Schwangerschaften, Schulversagen (siehe «*Church Times*» vom 27. Juli 2012, zit. nach «*Courrier international*», 2012, Nr. 1141, S. 18). Da kann ich nur bravo rufen! Hätten sie mit Soziologen gesprochen, wüssten sie, dass dies seit Jahrzehnten bekannt und nachgewiesen ist.