Waldemar Streich

Armut oder soziale Ungleichheit – wo soll Politik ansetzen, um das Gesundheitsgefälle in der Bevölkerung abzubauen?*

Eine Einführung in die Wilkinson-Debatte

Mit den politischen, wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen der 80er und 90er Jahre hat die soziale Frage im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs neu an Bedeutung gewonnen. Folgt man den aktuellen Publikationen und Tagungsprogrammen, dann wird die deutsche Diskussion primär unter dem Gesichtspunkt der Armut geführt (Helmert et al. 2000, Laaser et al. 2000, www.armut-und-gesundheit.de), während sich im internationalen Kontext mit dem Begriff der sozialen Ungleichheit die Tradition des Black-Reports fortsetzt (Black et al. 1980, Gordon et al. 1999, www.sfsp-publichealth.org/congres.html). Dem wäre keine weitere Beachtung zu schenken, wenn es sich nur um eine unterschiedliche Formulierung ansonsten inhaltsgleicher Fragestellungen handelte. Tatsächlich ist die Konzentration auf Armut in den deutschen Publikationen längst nicht so ausgeprägt, wie es den ersten Anschein hat. Die Wahl des Armutsbegriffs soll offensichtlich einer Forschung zu größerer öffentlicher Aufmerksamkeit verhelfen, die immer noch weit von internationalem Niveau entfernt ist. Daß Armut skandalträchtig ist, ahnte beispielsweise im Sommer 1998 die damals amtierende Familienministerin Nolte, als sie den 10. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (erfolglos) zurückzuhalten versuchte. Die negativen Schlagzeilen häuften sich nach ihrem Versuch, die schließlich bekannt gewordenen Zahlen zur Armut von Kindern zu verharmlosen (Blickpunkt Bundestag 3/1998).

Umgekehrt zeigt sich, daß die internationale Ungleichheits-Forschung dem Problem der Armut großen Raum gibt – mehr noch: daß hier seit einigen Jahren eine heftige Kontroverse über ihre gesundheitliche Bedeutung in den wohlhabenderen Staaten (vor allem Nordamerikas und Westeuropas) geführt wird. Diese Debatte ist bisher in Deutschland kaum registriert oder gar kommentiert worden, weshalb im Anschluß an diese Ausführungen zwei Originalbeiträge der Hauptkontrahenten dokumentiert werden.

* Ich danke Dieter Borgers für seine Anregungen.

Armut ist nach dem Urteil der Vereinten Nationen das ungelöste Problem des 20. und folglich die zentrale Herausforderung des 21. Jahrhunderts. 1,2 Mrd. Menschen müssen laut Weltbank-Statistik von weniger als einem Dollar täglich leben. Deshalb wurde für die Jahre 1997-2006 erstmals eine Dekade zur Beseitigung der Armut ausgerufen (UN-Report A/55 Sept. 2000). Welche Bedeutung hat sie aber für das im Verhältnis dazu reiche Westeuropa? Das Regionalbüro der WHO sieht in der Bekämpfung der Armut einen wesentlichen Ansatzpunkt für die Reduktion des Gesundheitsgefälles innerhalb der Länder Europas (West und Ost) – Zielvorgabe: Abbau dieses Gefälles um 25 % bis zum Jahr 2020 (WHO/EURO 1999). Die Labour-Regierung in England hat, um ein Beispiel auf nationaler Ebene anzuführen, im März 1999 das Versprechen gegeben, 700 000 von den schätzungsweise 3,9 Mio. (!) Kindern noch vor Ablauf der Legislaturperiode aus der Armut herauszuheben und das Problem in den nächsten 20 Jahren vollständig zu beseitigen (Blair 1999 zit. nach Gordon et al. 1999).

In diese Phalanx der Armutsbekämpfung bricht Wilkinson nun mit seiner These ein, in Ländern mit entwickelter Ökonomie (Bruttosozialprodukt pro Kopf >10 000 $) sei Armut im Sinne eines Mangels an verfügbarem Einkommen gesundheitlich nicht mehr relevant. Vielmehr löse die relative, sprich: deprivilegierte soziale Stellung in allen sozialen Schichten individuellen, chronischen Streß und Sozialangst aus, was zu Verhaltensweisen führe, die sowohl unmittelbar (Konsum) als auch mittelbar (Sozialverhalten) der Gesundheit Schaden zufüge. Gesellschaften mit ausgeprägter sozialer Ungleichheit leiden unter einer Erosion des sozialen Zusammenhalts bzw. ihres Sozialkapitals, was gesundheitliche Nachteile gegenüber stärker egalitär ausgerichteten Gesellschaften mit sich bringe, selbst wenn letztere ökonomisch schlechter dastehen.

Seine Kritiker – Lynch, Muntaner, Davey Smith und andere – widersprechen dieser Position und versuchen den Nachweis zu führen, daß auch in reichen Ländern materielle Armut herrscht, insbesondere wenn man einen erweiterten Set »neomaterieller« Faktoren berücksichtigt. Dazu zählen sie u.a. die Qualität und Ausstattung von Wohnvierteln, öffentliche Transportmittel, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und soziale Dienste. In Wilkinsons Hervorhebung psychosozialer Prozesse und der bevorzugten Verwendung von Begriffen eher metaphorischen Charakters (sozialer Zusammenhalt, Sozialkapital) sehen sie die Gefahr einer Ablenkung von den »harten Tatsachen« ökonomischer und sozialer Deprivation.

Ob soziale Ungleichheit individueller Zufriedenheit im Wege steht, ist darüber hinaus Gegenstand einer Debatte unter Vertretern eines Egalitarismus und sogenannten Non-Egalitaristen. Sie wird gegenwärtig mit annähernd gleicher Vehemenz geführt (s. Krebs 2000). Kernthese der Non-Egalitaristen ist, daß nicht die relative soziale Position sondern der absolute Lebensstandard über individuelle Zufriedenheit entscheidet. »Das Übel, das manche Menschen ein schlechtes Leben führen, entsteht nicht dadurch, daß andere Menschen ein besseres Leben führen. Das Übel liegt einfach in der unverkennbaren Tatsache, daß schlechte Leben schlecht sind.« (Frankfurt 2000: 41) Der Gegenentwurf von einem »guten Leben« fußt weniger auf materieller Gleichstellung als vielmehr auf Achtung, Respekt und der Abwesenheit von Demütigungen (Margalit 2000).

Ungesunde Gesellschaft – Wilkinsons Analyse des Sozialen

Hawe und Shiell (2000) haben es Wilkinson in einem Kommentar zu dieser Debatte als Verdienst angerechnet, daß er die kausale Verbindung zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheit erstmals von der individuellen auf eine gesellschaftliche Ebene gehoben habe. Galt das epidemiologische Interesse zuvor dem Verhältnis von individuellem Einkommen und Gesundheit, so richtet er sein Augenmerk nunmehr auf die Beziehung zwischen Einkommensverteilung und nationaler Mortalitätsrate. Hier stellt sich die Frage, inwieweit dieser Wechsel in der Methodik – von derjenigen des individuellen Follow-up zur ökologischen Studie – ausreicht, um die gesellschaftliche Dimension von Gesundheit zu erfassen.

Ritsert (1998) vertritt die Ansicht, daß die empirische Forschung zu sozialen Ungleichheiten der derzeit letzte und somit aktuellste »Anlauf zur Abschaffung der Klassen« in der Gesellschaftstheorie sei. Die zentrale Bedeutung der Ökonomie löst sich auf in einer Vielzahl gesellschaftlicher Ungleichheiten, die mangels eines theoretischen Konzepts mehr oder weniger unvermittelt nebeneinander stehen. Wilkinsons Theorie gesundheitlicher Ungleichheit kann diese Interpretation bestätigen. Auffallend ist sein Festhalten an einer ätiologischen Perspektive, das heißt: an der Suche nach dem »sozialen Agens«, welches den individuellen Prozeß der Erkrankung hervorruft (Borgers 2000). So gelangt er zu einem Bereich des Sozialen, der das nähere Umfeld von Individuen bezeichnet: Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft. Dieses Feld erschließt sich mühelos dem Alltagsverstand, was er wiederholt und ausführlich demonstriert. Nicht immer ist seine Argumentation überzeugend, vor allem nicht, wenn er

gegen den vermeintlichen Vulgärmaterialismus seiner Gegner polemisiert und beispielsweise den gesundheitlichen Nutzen von Autobesitz oder Großzügigkeit im Freundeskreis (Alkohol, Zigaretten) in Frage stellt.

Wer nun den nächsten Schritt, von der plausibilitätsgestützten Illustration zur wissenschaftlichen Analyse sozioökonomischer Zusammenhänge, erwartet, wird enttäuscht. Empirische Belege für seine Interpretation sozialer Primärbeziehungen findet Wilkinson weniger in den Sozialwissenschaften als in der Anthropologie und der biologischen Verhaltensforschung mit Primaten. Sein Ausgangspunkt, die Interpretation von Einkommensverteilungen, erweist sich so als potentiell irreführend, wenn dahinter eine Gesellschaftskonzeption vermutet wird, die der Ökonomie einen zentralen Stellenwert zuweist. Ökonomische Abhängigkeit als bestimmendes Moment sozialer Beziehungen findet bei ihm keine besondere Erwähnung, weder die Lohnabhängigkeit der Erwerbstätigen noch die mittelbare Abhängigkeit der Arbeitslosen – von der zunehmenden Überformung der Sozialbeziehungen durch das Prinzip der Warenproduktion ganz zu schweigen.

Marmot und Feeney (1997) stellen dagegen in ihrer Betrachtung der psychosozialen Determinanten von Gesundheit das Konzept der Kontrolle in den Mittelpunkt. Ein Mangel an Kontrollmöglichkeiten über die eigene Gesundheit ergibt sich aus Arbeitsbedingungen oder beispielsweise auch aus Armut. Individuelles Gesundheitsverhalten wäre als Reaktion auf diesen Kontrollverlust zu interpretieren. Solche Erklärungsansätze sind eher geeignet, eine Verbindung von sozialer Lage und Gesundheit herzustellen.

Schwierigkeiten eines Diskurses über Verteilungsfragen

Die Identifikation von sozialer Ungleichheit, genauer: ungleicher Einkommensverteilung als Korrelat zu negativer Bevölkerungsgesundheit lenkt die Suche nach politischen Handlungsmöglichkeiten auf Instrumente der Verteilungskorrektur. Wilkinsons Position eröffnet hier weitreichendere Perspektiven als die seiner Gegner, wenigstens solange man unterstellt, sie müsse notwendig in Forderungen nach einer generellen Angleichung der Einkommensunterschiede münden, während die andere Position lediglich eine Beseitigung des Mangels am unteren Ende der Skala zu implizieren scheint.

Dieser Frontenverlauf erweist sich als falsch, wenn die Erfordernisse einer wirksamen Armutsbekämpfung konkret betrachtet werden. Armut ist selbst »relativ« bezogen auf das allgemeine Einkommensniveau der Gesellschaft definiert. Staatliche Hilfen zum Lebensunterhalt bauen

zwar auf einer »absoluten« Bestimmung des Lebensnotwendigen auf. Der enge Zusammenhang zum allgemeinen Einkommensniveau wird jedoch regelmäßig sichtbar, wenn über die Anpassung der staatlichen Hilfen an veränderte ökonomische Rahmenbedingungen verhandelt wird. In letzter Zeit wird die Tendenz sinkender Realeinkommen aus abhängiger Beschäftigung, besonders die Expansion eines sog. Niedriglohnsektors, dazu benutzt, über Kürzungen der Sozialhilfe zu debattieren. Der Verzicht auf verteilungspolitische Interventionen verschärft also ceteris paribus das Problem der Armut.

Nichts ist unter dem Vorzeichen neoliberaler Politikkonzepte unpopulärer als eine Diskussion über sozialstaatliche Verteilungskorrekturen. So wurden die Forderungen des bisher letzten, im Regierungsauftrag verfaßten Sachverständigen-Berichts zur gesundheitlichen Ungleichheit in England nach einer korrigierenden Einkommenssteuer-Politik und nach Sozialleistungen für die unteren Einkommensbezieher durch die neue Labour-Regierung kommentarlos ignoriert (Acheson 1998, Townsend 1999). Auch hierzulande ist mehrfach regierungsseitig verkündet worden, daß die Zeiten sozialstaatlicher Umverteilung vorbei seien. Das Festhalten an der gesundheitlichen Relevanz der Armutsbekämpfung kann vor diesem Hintergrund als eine Form des Festhaltens an der Priorität von Verteilungsfragen interpretiert werden.

Eine der letzten diesbezüglichen Äußerungen Wilkinsons – mit der Absicht eines Schlußpunkts in der Debatte publiziert – lautet: »Unabhängig von dem Kausalpfad (absolutes vs. relatives Einkommen, W.S.) legt die Beziehung zwischen Einkommensungleichheit und Bevölkerungsgesundheit es nahe, daß die Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit nicht notwendig in Konflikt mit dem Bemühen um eine Anhebung der Gesundheit für die gesamte Gesellschaft geraten muß. Anstelle der Umverteilung einer gegebenen Gesamtmenge an Gesundheit oder gesundheitlicher Güter im Rahmen eines Nullsummenspiels können wir davon überzeugt sein, daß eine Steigerung des Wohlbefindens unter den am wenigsten Wohlhabenden nicht mit Verlusten unter den Reichen gepaart sein muß.« (Wilkinson 1999: 957) Eine solche Formulierung verrät die Kenntnis des heiklen Charakters von Verteilungsdiskussionen. Sie ist in dieser Form nicht wiederholbar, unternähme man den Versuch »Gesundheit« durch »Einkommen« zu ersetzen.

Die Politik selbst hat längst einen Weg gefunden, aus der Existenz sozialer Ungleichheit weniger heikle Konsequenzen zu ziehen, indem sie die Schaffung von Chancengleichheit im Konkurrenzkampf um Einkommen und Wohlstand in den Vordergrund stellt. Dieser Strategie kommt entgegen, daß Bildung als zentrale Voraussetzung von Chancengleichheit

allgemein akzeptiert und gleichzeitig immer billiger produzierbar zu werden scheint. Mancher Bildungspolitiker glaubt bereits, die Verantwortung für das soziale Schicksal der heranwachsenden Generation mit der Bereitstellung eines Laptops für jeden Schüler delegieren zu können.

Sozialkapital: Sozialstaat oder Sozialarbeit?

Wer die seit Jahren anhaltende Diskussion über die Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens und der Rentenversicherung verfolgt, kennt den Zusammenhang von allgemeinem Einkommensniveau (Lohnquote) und Sozialbudget (Kühn 2000). Sie rückt Wilkinsons These von der gesundheitlichen Bedeutung der nationalen Einkommensverteilung in ein neues Licht und bietet die Möglichkeit, die Position von Lynch und anderen, daß es bei der Betrachtung der (negativen) Folgen einer ungleichen Verteilung der Einkommen auf die »vertikalen« Sozialstrukturen, besser: die sozialstaatlichen Strukturen und insbesondere die soziale Infrastruktur und die sozialen Sicherungssysteme ankommt, nahtlos anzuschließen (siehe auch: Kawachi/Kennedy 1999). Eine allein auf horizontale, informelle Sozialbeziehungen reduzierte Sicht verlagert das Problem der Sozialpolitik dagegen tendenziell auf die Ebene der Sozialarbeit (social support). Ein aktuelles Beispiel führt zum eingangs erwähnten Problem der Kinderarmut zurück. Der soeben neu veröffentlichte Bericht zur Armut von Kindern in Deutschland bemüht sich nach eigener Darstellung um differenzierte Lebenslage-Analysen aus der Kinderperspektive. Denen zufolge führt Armut nicht automatisch zu (multipler) Deprivation. Vielmehr spiele das Familienklima eine hervorragende Rolle. »Sozialpolitische und sozialarbeiterische Handlungsansätze können sich nicht mehr nur in der Verbesserung der materiellen Lebenslage von Familien und davon abgeleitet von Kindern erschöpfen. Vielmehr ist eine Vielzahl von ›Investitionen‹ in das materielle, soziale und kulturelle Kapital eines Kindes zwingend erforderlich« (AWO 2000 zit. nach FR vom 20. Oktober 2000).

Korrespondenzadresse:
Waldemar Streich
August-Bebel-Str. 64
33602 Bielefeld

Literatur

Acheson, D. (1998): Independent Inquiry into Inequalities in Health, London: HMSO

AWO (2000): Arbeiterwohlfahrt (Hg.): Gute Kindheit – schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Frankfurt, zit. n. FR v. 20.10.2000

Black, D. et al. (1980): Inequalities in Health: Report of a Research Working Group, London: Dept. of Health and Social Security

Blickpunkt Bundestag 3/1998: 51 zit. nach Herrmann, P.: Poverty – A view behind the figures II, www.sozialarbeit.de/europa/newslett/Dez98/E3.htm

Borgers, D. (2000): Welches Kapital ist gut für die Gesundheit? Entfremdung und materielle Ressourcen als Determinanten von Gesundheit. In: Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.): Reader »Sozial-Epidemiologie« (i. E.)

Frankfurt, H. (2000): Gleichheit und Achtung. In: Krebs (Hg.): Gleichheit oder Gerechtigkeit, 38-49

Gordon, D. et al. (1999): Inequalities in health. The evidence. Bristol: The Policy Press

Hawe, P.; Shiell, B.P. (2000): Social Capital and Health Promotion: A review. Social Science and Medicine (i. E.)

Helmert, U. et al. (Hg.) (2000): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa

Kawachi, I.; Kennedy, B.P. (1999): Income Inequality and Health: Pathways and Mechanisms. Health Services Research, April: 215-227

Krebs, A. (Hg.) (2000): Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte zur neuen Egalitarismuskritik. Frankfurt: Suhrkamp

Kühn, H. (2000): Beitragssatzsteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Erosion der Einnahmeseite – Anmerkungen zu einer verfehlten Widerlegung, in: Jahrbuch für kritische Medizin 33: 110-119

Laaser, U. et al. (Hg.) (2000): Gesundheit und soziale Benachteiligung. Lage: Jacobs

Margalit, A. (2000): Menschenwürdige Gleichheit, in: Krebs (Hg.). Gleichheit oder Gerechtigkeit, 107-116

Marmot, M.; Feeney, A. (1997): General explanations for social inequalities in health, in: Kogevinas, M. et al. (Hg.), Social Inequalities and Cancer, Lyon: IARC Scientific Publications No. 138

Ritsert, J. (1998): Soziale Klassen. Münster: Westfälisches Dampfboot

Townsend, P. (1999): A structural plan needed to reduce inequalities of health, in: Gordon et al. a.a.O. S. xiv-xxi

UN (2000): United Nations – Distr. GENERAL, Implementation of the First United Nations Decade for the Eradication of Poverty (1997-2006), A/55 21 September 2000

WHO-EURO (1999): Gesundheit 21 – Das Rahmenkonzept »Gesundheit für Alle« für die Europäische Region der WHO, Kopenhagen

Wilkinson, R.G. (1999): Two pathways, but how much do they diverge? BMJ 319: 956-957

www.armut-und-gesundheit.de = Internet-Seite zu: 6. bundesweiter Kongreß »Armut und Gesundheit« am 1.+2. Dezember 2000

www.sfsp-publichealth.org/congress.html = Internet-Seite zu: EUPHA-Congrés 2000 »Reducing health inequalities in Europe« am 14.-16. Dezember 2000 in Paris