

Mel Bartley

Gesundheitliche Ungleichheit und Sozialpolitik

Einer der wichtigsten Gründe dafür, sich alternative Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit genau und sorgfältig anzusehen, ist das Bedürfnis nach mehr politisch-praktischer Relevanz. Wenn man sich über mögliche politische Maßnahmen und Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit auseinandersetzen möchte, sollte man zunächst einigermaßen sicher sein, von einem richtigen Erklärungsmodell auszugehen. Die Vorstellung etwa, dass ein staatliches Gesundheitswesen wie das in Großbritannien automatisch zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit führt, ist ein gutes Beispiel dafür, was passiert, wenn politische Maßnahmen auf ein fehlerhaftes Erklärungsmodell gegründet sind. Nicht ohne Plausibilität wurde in der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg von vielen Experten angenommen, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen reicheren und ärmeren Gegenden und gesellschaftlichen Gruppen unzureichender medizinischer Versorgung geschuldet seien, weil damals privat für die Versorgung bezahlt werden musste. Man glaubte, dass jeder das gleiche Risiko trage, schwer zu erkranken, und dass die längere Lebenserwartung in den wohlhabenderen Gegenden sich daraus erkläre, dass die Menschen dort sich medizinische Versorgung leisten könnten.

Obwohl die bestehende gesundheitliche Ungleichheit damals nicht explizit als wichtiger Grund für die Einführung eines kostenlos in Anspruch zu nehmenden staatlichen Gesundheitswesens genannt wurde, sorgte es doch für einen Schock, als sich während der 1950er Jahre herausstellte, dass die gesundheitliche Ungleichheit noch weiter zugenommen hatte (Morris und Heady 1955). Diese Tendenz zu mehr Ungleichheit hat sich bis zum heutigen Tag fortgesetzt. Auf diesem Hintergrund setzte sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass der bloße Zugang zur Gesundheitsversorgung gewissermaßen zu spät ansetzte, um die Menschen vor den gesundheitlichen Auswirkungen von Armut, schlechten Arbeitsbedingungen, Machtlosigkeit und niedrigem gesellschaftlichem Status schützen zu können. Die Krankheiten, die im späten 20. Jahrhundert den größten Teil der Morbidität und der vorzeitigen Mortalität verursachten und am meisten zur gesundheitlichen Ungleichheit beitrugen, waren nicht ansteckend und konnten auch nicht durch Medikamente oder chirurgische Operationen bekämpft werden. Vielmehr waren es chronische z.B. kardiologische oder onkologische Krankheiten mit langjährigen, komplexen und oft verborgenen Ätiologien. Die feuchte

Wohnung in der Kindheit oder sogar die Mangelernährung der Mutter während der Schwangerschaft können sich unter Umständen erst sehr viel später auswirken. Andere langfristig wirksame Verhaltensmuster wie z.B. Rauchen und Ernährungsgewohnheiten spielen, wie man heute weiß, ebenfalls eine Rolle bei der Verursachung der wichtigsten Gesundheitsprobleme in den modernen Gesellschaften. Gesundheitsversorgung kann wenig oder nichts gegen solche Risikofaktoren tun. Schlimmer noch: Die Konzentration von Geld und öffentlicher Aufmerksamkeit auf das Gesundheitswesen trägt möglicherweise dazu bei, falsche Vorstellungen über die Verursachung gesundheitlicher Ungleichheit und mögliche Wege zu ihrer Reduzierung aufrecht zu erhalten.

In Großbritannien, den skandinavischen Ländern und den Niederlanden (wo bisher am intensivsten über gesundheitliche Ungleichheit geforscht wurde), zunehmend aber auch in den USA besteht inzwischen weitgehender Konsens darüber, dass zur Erklärung ein so genanntes *Upstream-Modell* benötigt wird. *Upstream-Modelle* fokussieren auf die frühen Faktoren der Entwicklung von Krankheiten und legen den Schwerpunkt eher auf Prävention als auf Heilung. Daraus ergibt sich als nächstes die Frage, welches *Upstream-Modell* der Wirklichkeit am nächsten kommt und sich daher als Grundlage wirksamer (sozial-)politischer Maßnahmen am ehesten eignet.

1. *Wirksamkeitsnachweis für sozialpolitische Strategien?*

Tatsächlich funktioniert in der Medizin die Entwicklung der richtigen Heilmethode für eine Krankheit nicht immer nach wissenschaftlichen Regeln. Oft werden verschiedene Medikamente oder Prozeduren einfach auf der Basis der Erfahrung gestandener Praktiker und gewissermaßen inspirierter Mutmaßung ausprobiert. Darum spielt in der Medizin der ›randomisierte, kontrollierte klinische Doppelblindversuch‹ eine so große Rolle. Oft ist das Wissen darüber, warum genau Medikament X den Zustand des Patienten mit Krankheit Y verbessert, lückenhaft. Um also nachzuweisen, dass auch wirklich Medikament X für eine bestimmte Wirkung verantwortlich ist, wird es einer Gruppe zufällig ausgewählter Menschen verabreicht, wohingegen eine andere ähnliche Gruppe nur Placebos ohne Wirkstoff erhält. Man nennt diese Versuche ›randomisiert‹, weil die, die den Wirkstoff erhalten, und die, die ihn nicht erhalten, zufällig ausgewählt werden (die Zufälligkeit ist dabei die selbe wie etwa bei einem Münzwurf), so dass jegliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen allein auf Zufall beruhen. Damit sollen alle Effekte ausgeschlossen werden, die etwa mit der Motivation derer

zusammenhängen, die den Wirkstoff nehmen, eine Motivation, die auch die Heilungswahrscheinlichkeit erhöhen könnte. Die Versuche heißen darüber hinaus ›kontrolliert‹, weil eine sog. ›Kontrollgruppe‹ vorhanden ist – die Gruppe, die den Wirkstoff nicht erhält – so dass die Verläufe der Krankheit in den beiden Gruppen miteinander verglichen werden können. Wenn die Patienten nicht wissen, ob sie Placebo oder Wirkstoff erhalten, nennt man die Versuche ›einfach blind‹; man spricht von ›doppelt blind‹, wenn auch die Ärzte nicht wissen, welche Gruppe den Wirkstoff erhält.

Nach Ablauf einer angemessenen Zeit wird der Gesundheitszustand der beiden Gruppen verglichen. Wenn das Medikament allem Anschein nach bei denen, die es erhalten haben, einen relevanten gesundheitlichen Effekt bewirkt hat, gilt seine Wirksamkeit damit als anerkannt. Der Grund für die Notwendigkeit einer Kontrollgruppe aus Menschen, die das Medikament nicht bekommen, aber glauben, sie bekämen es (und deren Ärzte das ebenfalls glauben), liegt in der Macht des Geistes über den Körper. Menschen können enorme Verbesserungen bei vielerlei gesundheitlichen Beschwerden aufweisen, wenn sie nur glauben, es gäbe einen guten Grund für die Verbesserung, auch wenn sie tatsächlich nur Zuckerpillen eingenommen haben. Es ist bekannt, dass schon subtile Unterschiede im Verhalten behandelnder Ärzte das Befinden von Patienten beeinflussen, weshalb im Rahmen von Studien der Arzt genau wie der Patient ›blind‹ sein sollte. Diese Fähigkeit unserer bloßen Vorstellungen über das, von dem wir glauben, es geschähe uns, unser Befinden und damit auch einige der biologischen Prozesse des Körpers zu beeinflussen, nennt man ›Placebo-Effekt‹ (er ist übrigens auch einer der Gründe, daran zu glauben, dass psycho-soziale Faktoren einen Teil der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit ausmachen). Auch aufgrund des Placebo-Effekts ist es schwierig, wenn nicht gar unmöglich, den randomisierten Doppel-Blind-Versuch auf mögliche Maßnahmen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit anzuwenden.

Eines der großen Versprechen des wissenschaftlichen Fortschritts in der Genetik und Molekularbiologie war, dass man die Wirkungsweise von Medikamenten gründlicher verstehen können würde, nämlich, wie die chemischen Inhaltsstoffe mit den Körperzellen interagieren und Krankheitsprozesse verändern. Mit diesem immer detaillierteren Verständnis der Mechanismen, durch die Medikamente im Körper wirken, würden die klinischen Versuche an Bedeutung verlieren. Diese Art ›molekularen‹ Denkens ist näher an einem Denkmodell, das wir auch für das Phänomen der gesundheitlichen Ungleichheit für angemessen halten. Selbstverständlich ist gesundheitliche Ungleichheit sehr

komplex. Zum einen betrifft sie viele unterschiedliche Krankheiten, die verschiedene organische Systeme beeinflussen: Herzkrankheiten, Schlaganfall, Lungenkrebs und andere Lungenkrankheiten wie Bronchitis und Pneumonie. Darüber hinaus bestehen große Ungleichheiten bei körperlichen Einschränkungen und Todesfällen als Folgen von Unfällen, die keine biologische Ursache im Sinne einer Erkrankung haben. Was auch immer die ›Gründe‹ gesundheitlicher Ungleichheit sind, sie wirken auf der Ebene der Körperzelle wie auf der Ebene der Straßen, Wohnungen und Fabriken. Selbstmorde, gewaltsame Tode und auf Gewalt zurückgehende Verletzungen sind ebenfalls sehr ungleich zwischen den sozialen Klassen verteilt, was auf den tiefgreifenden Einfluss sozialer Ungleichheit auf soziale Beziehungen und darauf, wie Menschen sich selbst wahrnehmen, verweist. Man könnte also argumentieren: Wenn klinische Versuchsreihen schon für die Feststellung der Wirksamkeit nur eines Medikaments für nur eine einzige Krankheit notwendig sind, um wie viel notwendiger sind dann Interventionsstudien, um herauszufinden, ob und wie man politische Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit gestalten kann.

Ein Vorteil solcher Studien ist es, dass sie uns vor Selbsttäuschungen hinsichtlich der Resultate von Behandlungen und Interventionen bewahren können. Nehmen wir etwa das Beispiel der kürzlichen Debatte in Großbritannien darüber, ob der kombinierte Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR-Impfstoff) bei Kindern Autismus verursacht. Mit einer randomisierten Versuchsreihe könnte man feststellen, ob nicht geimpfte Kinder mit geringerer Wahrscheinlichkeit autistisch werden als geimpfte. Bei tatsächlich randomisierter Auswahl der Geimpften und Nicht-Geimpften gäbe es keine intervenierenden Variablen wie das Bildungsniveau der Eltern oder soziale Klassenzugehörigkeit, die das Resultat beeinflussen könnten. Falls dann, trotz randomisierter Zufallsstichproben, eine vergleichsweise höhere Anzahl geimpfter Kinder autistisch würde, wäre das ein wirklich sehr belastendes Indiz gegen den MMR-Impfstoff. Allerdings ist es wohl nahezu unmöglich, einer zufällig ausgewählten Gruppe von Eltern mitzuteilen, dass ihre Kinder einer der beiden Gruppen zugeteilt würden: Die meisten würden sich dagegen wehren, dass ihren Kindern die Schutzimpfung vorenthalten würde, andere würden die Impfung ablehnen, da sie bereits glauben, dass ein Zusammenhang zur Entstehung von Autismus besteht.

Das Fehlen solcher Nachweise erzeugt vielfältige Probleme bei dem Versuch, politische Strategien auf existierende Befunde über gesundheitliche Ungleichheit zu gründen. Es gibt viele Beispiele dafür, wie politische Maßnahmen zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit

unbeabsichtigt die gesundheitliche Ungleichheit sogar noch vergrößert haben könnten. In den USA und zunehmend auch in Großbritannien und anderen europäischen Staaten wurde und wird an immer mehr Arbeitsplätzen das Rauchen verboten, so dass es zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur noch sehr wenige Büros in den USA oder Großbritannien gibt, wo es noch gestattet ist. Eine Ironie dieser Maßnahme ist, dass sich der Raucheranteil der Bevölkerung zunehmend in der Gruppe derer ohne bezahlte Arbeit konzentriert, einschließlich der Mütter von Kleinkindern (Marsh und McKay 1994). Weil das Rauchen mit größerer Wahrscheinlichkeit in Büros – also am Arbeitsplatz von Angestellten – als in Fabriken oder auf Baustellen verboten wird, ergibt sich der mögliche (Neben-) Effekt, dass sich die Differenz des Raucheranteils zwischen den sozialen Klassen durch diese Politik vergrößert hat (Jarvis 1997). Soziale Ungleichheit beim Rauchen (und der Gesundheit überhaupt) ist in den USA und Großbritannien wesentlich ausgeprägter als in Ländern wie Spanien oder Griechenland, wo die Anti-Tabak-Politik noch nicht so weit verbreitet ist (Kunst et al. 2000). Demzufolge gibt es gute Argumente dafür, dass man politische Maßnahmen spezifisch daraufhin gestalten muss, sowohl gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren als auch die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt zu fördern.

Allgemeiner ausgedrückt: Es ist alles andere als einfach, die erforderlichen Kriterien zur Umsetzung der so populären und (scheinbar) so plausiblen Forderung zu erfüllen, Politik müsse ›evidenz-basiert‹ sein. Sogar Befunde aus randomisierten Versuchsreihen widersprechen einander häufig. In der klinischen Medizin werden große Anzahlen von Studien in Datenbanken (z.B. Cochrane Collaboration), etwa zu verschiedenen Behandlungsoptionen bei Komplikationen während der Geburt, zusammengefasst, anhand derer dann systematisch erarbeitet wird, welche Behandlungsoptionen den besten wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis aufweisen. Die Ergebnisse verschiedener Medikamentierungen können durch ›Meta-Analysen‹ zusammengefasst und ausgewertet werden: ein ausgeklügeltes statistisches Verfahren, das Widersprüche zwischen Studienergebnissen aufzeigt, bevor es Behandlungsempfehlung formuliert. In der Sozialpolitik in Großbritannien nennt man diesen ›evidenzbasierten‹ Ansatz den ›Was wirkt?‹ (What works?)-Ansatz. Jedoch ist es, wie oben schon angeschnitten, in Untersuchungen zur Wirksamkeit sozialpolitischer Interventionen meist nicht möglich, eine dem randomisierten Doppel-(oder auch nur Einfach-)Blind-Versuch vergleichbare Situation herbeizuführen, da man ja schwerlich Menschen Geld oder bessere soziale Dienste zukommen lassen kann, ohne das sie das bemerken.

Normalerweise ist es auch unmöglich, nicht-blinde Studien durchzuführen, in denen eine Gruppe eine Dienstleistung erhält und eine andere nicht. Das liegt daran, dass es als ethisch inakzeptabel gilt, solche Dienstleistungen einer Gruppe zu verweigern, wenn offensichtlich ist, dass die Dienstleistung in irgendeiner Weise positive Wirkung zeitigt, auch wenn sie vielleicht keine kurzfristigen Gesundheitseffekte zeigt. Ein gutes einschlägiges Beispiel aus Großbritannien war Professor Sir Brian Holborns Entwicklung eines computergestützten Systems zur Ermittlung der Ansprüche auf staatliche Unterstützungsleistungen für Patienten einer allgemeinmedizinischen Hausarztpraxis. Ein Praxismitarbeiter – kein Experte für Sozialgesetzgebung – konnte mit Patienten gemeinsam das Computerprogramm durchgehen, das die Sozialleistungen aufzeigte, auf die die Patienten Anrecht hatten und die sie bisher nicht in Anspruch nahmen. Dadurch konnte das Einkommen mancher Patienten beträchtlich ansteigen. Wie sollte man eine Studie über die Auswirkungen eines solchen Angebots auf die Gesundheit durchführen? Sogar für den Fall, dass es überhaupt keine gesundheitlichen Auswirkungen hätte, gäbe es doch keine ethische Rechtfertigung dafür, einer ›Kontrollgruppe‹ dieses Beratungsangebot vorzuenthalten. Diesen Patienten würden dadurch eventuell Leistungen vorenthalten, auf die sie einen gesetzlichen Anspruch hätten.

Aus solchen Gründen ist es sehr schwierig, Evidenz für die Beantwortung der Frage aufzubauen, wie gesundheitliche Ungleichheit wirksam reduziert werden könnte. Es gibt bereits einige Interventionsstudien, die sich mit relativ geringfügigen Veränderungen der sozialen Umgebung befassen. Eine Interventionsstudie ähnelt insofern einer klinischen Versuchsreihe, als eine Gruppe von Menschen oder eine bestimmte (Wohn-)Gegend eine ›Dosis‹ der sozialpolitischen Maßnahme (d.h. der Intervention) erhält und eine andere nicht, und dass dann die Resultate beider miteinander verglichen werden. Die meisten dieser Studien basierten auf plausiblen Ideen und konzentrierten sich auf spezielle Ursachen für Verletzungen oder Todesfälle. Zum Beispiel finanzierten einige lokale Verwaltungen in Großbritannien die Anschaffung von Plastikbechern für Pubs und Bars zur Benutzung am Freitag- und Samstagabend, um die Verletzungsgefahr durch Glassbruch bei Schlägereien zu reduzieren. Veränderungen hinsichtlich solcher Risiken sind relativ einfach festzustellen, da man erwarten kann, dass ein Rückgang der Verletzungszahlen recht schnell eintritt. Eine andere größere Studie betrifft einen Versuch mit *peer influence*-Gruppen an Schulen, für den einige Schüler (eigens) rekrutiert und darin geschult werden, andere zum Nichtrauchen zu ermutigen. Die Prozentzahl der Raucher unter den Kindern wird dann

nach ungefähr einem Jahr mit der an Schulen verglichen, wo kein *peer influence*-Projekt durchgeführt wurde. Da wir noch nicht wissen, ob *peer influence* das Rauchen tatsächlich einschränken wird, gibt es hier kein ethisches Dilemma – so lange es keine deutlichen Hinweise darauf gibt, dass die Intervention wirklich eine Absenkung der Raucherzahlen erreicht..

Im Allgemeinen ist es jedoch äußerst schwierig, Vorschläge zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit auf ›Evidenz‹ in dem Sinne zu basieren, wie der Begriff in der medizinischen Fachliteratur benutzt wird. Im *Report of the Independent Inquiry on Inequality in Health*, 1998 im Auftrag der britischen Regierung von Sir Donald Acheson erstellt, wird im Anhang beschrieben, wie das gesammelte Material ausgewertet wurde. Zur ›Auswertungsgruppe‹ gehörten der Direktor des Cochrane Centers und die Herausgeber sowohl des *British Medical Journal* als auch des *Lancet*. Der Bericht stellte fest, »dass für viele der vorgeschlagenen (sozial)politischen Interventionen die Evidenz nicht ausreichend sei, und empfahl, dass die Untersuchung explizit auf die Qualität des Datenmaterials und der Argumentation verweisen solle, mit denen die Vorschläge für bestimmte sozialpolitische Interventionsbereiche begründet wurden« (Acheson 1998: 156f.).

2. Internationale Vergleichsstudien

Eine fruchtbare Methode, um einen Wirksamkeitsnachweis für sozial- und wirtschaftspolitische Maßnahmen zu führen, der aus klinischen Studien gewonnenen vergleichbar wäre, ist die Untersuchung von Unterschieden zwischen verschiedenen Ländern. Unterschiede zwischen Ländern hinsichtlich ihrer Sozial- und Wirtschaftspolitik sowie verschiedener kulturell bedingter Variablen wie etwa Ernährungsgewohnheiten bilden eine Art ›natürliches‹ Experiment. Aus diesem Grund sind die internationalen Vergleichsstudien des Forscherteams der Erasmus-Universität Rotterdam von so großer Bedeutung (Kunst und Mackenbach 1994; Kunst 1997; Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health 2001). In ihrer ersten Studie warteten die Erasmus-Forscher mit einigen überraschenden Antworten bzw. Ergebnissen auf. Offenbar wies Schweden, ein Land mit großzügig ausgebautem Sozialstaat, hohen Steuern und relativ ›flacher‹ Einkommenspyramide, ein höheres Maß gesundheitlicher Ungleichheit auf als viele andere Länder (Mackenbach et al. 1997). Die südeuropäischen Länder rund ums Mittelmeer wie Spanien, Frankreich und Italien zeigten ein geringeres Maß an gesundheitlicher Ungleichheit als die skandinavischen Länder

(Cavelaars et al. 1998). Diese Ergebnisse konnten in gewissem Umfang mit einem verhaltensorientierten Modell anstelle des ökonomischen erklärt werden. Ein relevanter Faktor war die mediterrane Ernährungsweise, die den Bürgern der Mittelmeerländer einigen Schutz gegen sozial und ökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu gewähren scheint (Kunst et al. 2000). Auch zwischen den Gruppen mit unterschiedlichem beruflichem Status schien es ein geringeres Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit in den Ländern zu geben, in denen das Rauchen sich weniger in unterprivilegierten sozialen Gruppen konzentrierte. Diese Resultate bewirkten einen ziemlichen Schock. Man hatte weithin angenommen, dass die gesundheitliche Ungleichheit in solchen Ländern stärker ausgeprägt sei, wo auch die Unterschiede zwischen den sozialen Klassen oder zwischen den obersten und untersten Gruppen auf der Einkommensskala größer sind, und nicht in einem Land wie Schweden, wo die Steuergesetzgebung und andere sozialpolitische Maßnahmen solche Unterschiede begrenzen.

In der zweiten Erasmus-Studie wurde das Einkommen als Maßstab für die sozioökonomische Position herangezogen. Auf diese Weise wurden (ausnahmslos) alle erfasst, auch Personen, die lange nicht oder noch nie gearbeitet hatten oder deren einziges Einkommen aus sozialstaatlicher Hilfe bestand. In dieser Studie wurde der Grad gesundheitlicher Ungleichheit in der Mitte der 1980er Jahre mit dem Mitte der 1990er Jahre verglichen. So war es möglich, sich anzusehen, wie die gesundheitliche Ungleichheit sich zwischen den mittleren 80er und den mittleren 90er Jahren entwickelt hatte, als die ökonomische Ungleichheit in den meisten europäischen Ländern gewachsen war, wenn auch nicht überall in gleichem Maße (Kunst et al. 2000). Damit sollte die Gültigkeit der Annahme, dass der Grad ökonomischer Ungleichheit für die gesundheitliche Ungleichheit wichtig sei, direkter überprüft werden. Dafür ist es überzeugender, zeigen zu können, dass, wenn die vermutete ›Ursache‹ sich verändert, die vermuteten ›Wirkungen‹ sich ebenfalls in der erwarteten Weise verändern. Wenn also das tatsächliche Einkommen der höchsten Einkommensgruppe stärker steigt als das der niedrigsten, würde man erwarten, dass die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den beiden Gruppen ebenfalls zunimmt. Und in diesem Punkt wiesen die skandinavischen Länder einen bemerkenswerten Unterschied zu anderen, weniger ›egalitären‹ Ländern auf. Auch in den skandinavischen Ländern hatte die Einkommensungleichheit zugenommen – sie wurden von ähnlichen ›ökonomischen Krisen‹ getroffen, wie sie auch die USA und Großbritannien in den 80er Jahren erlebten, mit zunehmender Arbeitslosigkeit, dem Zusammenbruch der traditionellen Schwerindustrie und

dem Verlust vieler Jobs der mittleren Einkommenskategorie. Der Anteil der Menschen jedoch, die meinten, sie seien in gesundheitlich schlechter oder weniger guter Verfassung, stieg (in den skandinavischen Ländern) nicht an, nicht einmal in den niedrigsten Einkommensgruppen. Im Ergebnis veränderte sich der Grad gesundheitlicher Ungleichheit dort kaum. Die Forschergruppe interpretierte das so, dass Elemente der Sozialpolitik der skandinavischen Länder die Bürger vor den Effekten gesteigerter Einkommensungleichheit ›schützen‹. Daraus ergibt sich ein komplexeres (Gesamt-)Bild, als wir vielleicht erwartet hatten. Es ist ja keineswegs so, dass es in irgendeinem Land weder eine Steigerung der Einkommens- noch der gesundheitlichen Ungleichheit gegeben hätte. Kein europäisches Land ist der Steigerung der Einkommensungleichheit völlig entgangen, die gegen Ende der 80er und zu Beginn der 90er Jahre weltweit stattfand. Eher schien es so, als ob bestimmte Institutionen oder Elemente der Sozialpolitik der skandinavischen Länder es den Menschen leichter machten, mit diesen Veränderungen umzugehen. Die Erasmus-Studien ermöglichten es jedoch nicht, die genauen Gründe für die gemachten Beobachtungen zu untersuchen. Wie eine klinische Versuchsreihe konnte dieses natürliche Experimente zeigen, dass hier offenbar ›etwas‹ wirkte, ohne jedoch exakte Auskunft darüber geben zu können, warum (es wirkte). Wenn wir das allerdings wüssten, würden wir das Experiment nicht benötigen.

Graham interpretiert die gesundheitlichen Unterschiede besonders vulnerabler Gruppen wie z.B. alleinerziehenden Eltern zwischen den skandinavischen Ländern einerseits und Großbritannien und den USA andererseits anhand einer Lebenslaufperspektive (Graham 2002). Sie verweist darauf, dass Armut sehr häufig in den ersten Jahren des Aufwachsens auftritt, die von einigen Forschern als ›kritische Periode‹ für eine gesunde Entwicklung des Kindes gesehen werden (Power und Hertzman 1997). Graham zeigt, dass und wie in Schweden und Finnland einkommensschwache Paare mit Kindern und alleinerziehende Eltern in viel höherem Maß vor Armut geschützt werden, als dass in Großbritannien und den USA der Fall ist, und zieht daraus den Schluss, dass »das Steuersystem, das System der sozialen Sicherung und die wohlfahrtsstaatlichen Dienstleistungen in ihrer Kombination die lebenslaufspezifischen Effekte gesellschaftlichen und ökonomischen Wandels mildern« (Graham 2002). Solche Beispiele zeigen, wie es möglich ist, durch Kombination internationaler Vergleichsstudien mit dem Lebenslauf-Ansatz und unter Einbezug makro-sozialpolitischer Fragestellungen eine sinnvolle Perspektive auf das Problem gesundheitlicher Ungleichheiten, ihrer Entstehung und eventuellen Bekämpfung zu gewinnen.

Zugegebenermaßen gibt es viele Unterschiede zwischen zu vergleichenden Ländern, woraus sich dann Fragen ergeben wie die, ob dieselben Antworten auf bestimmte Fragen wirklich dasselbe bedeuten oder ob das jeweilige Studiendesign sorgfältig genug durchdacht worden ist. Dennoch sollte man sich bemühen, aus den Chancen, die das ›natürliche Experiment‹ bietet, den größtmöglichen Nutzen zu ziehen. Schließlich suchen sich Menschen die Nation, in die sie geboren werden, nicht aus, so dass Nationalität in gewissem Sinne ›randomisiert‹ verteilt ist. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass es systematische biologische oder psychologische Unterschiede zwischen den Bevölkerungen verschiedener Länder gibt, die Einfluss darauf nehmen, wie diese auf Unterschiede hinsichtlich Einkommen, Arbeitsbedingungen, Ernährungsweise oder Rauchen reagieren. Man könnte sich (in diesem Zusammenhang) daran erinnern, dass es eine der anerkannten Stärken der Studien von Wilkinson und anderen über Einkommensungleichheit und Gesundheit war, dass hier Selektionseffekte ausgeschlossen werden konnten. Es ist nicht plausibel, die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Japan und den USA darauf zurückzuführen, dass gesunde Japaner in die Vereinigten Staaten ausgewandert sein könnten (ganz zu schweigen von der noch absurderen Vorstellung, kranke Amerikaner wanderten nach Japan aus). Allerdings gibt es in allen Industrienationen Migrantenpopulationen, und die möglichen Auswirkungen dieser Tatsache auf das Maß an gesundheitlicher Ungleichheit bedürften der Untersuchung.

3. *Sozialpolitische Maßnahmen auf der Grundlage behavioristischer Erklärungsmuster*

Wie bereits beschrieben, ergibt sich aus den meisten Studien die Unterschiedlichkeit gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen Gruppen mit verschieden hohem Einkommen und sozialem Status und unterschiedlich guten Arbeitsbedingungen als eine wichtige Erklärung für gesundheitliche Ungleichheit. Die aktuelleren Studien und offiziellen Empfehlungen erfolgten vor dem Hintergrund einer über viele Jahre individuell ausgerichteten Gesundheitserziehung. Nachdem man viele Jahre lang das Nichtrauchen, Sport und gesündere Ernährung propagiert hatte, zeigen die Erfahrungen in Großbritannien (Townsend et al. 1986; Jarvis 1997) Australien (Bennett 1995), den USA (Lynch et al. 1997b; Winkleby 1997) und vielen anderen europäischen Ländern (Peltonen et al. 1998) (Vartiainen et al. 1998), dass sich dadurch die gesundheitliche Ungleichheit nicht reduziert. Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen sozialen Gruppen sind nicht einfach eine Frage des

unterschiedlich guten Zugangs zu Informationen; sie gründen offenbar in der Verschiedenheit der Lebensgeschichten und der Kultur. Die ersten Erasmus-Studien legten den Schluss nahe, dass Verhaltensunterschiede zwischen Menschen verschiedener sozioökonomischer Stellung die Hauptgründe für gesundheitliche Ungleichheit seien. Länder, in denen es hinsichtlich Ernährung und Rauchen geringere Unterschiede zwischen den sozialen Klassen oder zwischen Leuten mit hohem bzw. geringem Bildungsgrad gab, wiesen auch (bis zu einem gewissen Grad) geringere Ungleichheiten bei Mortalitäts- und Krankheitsziffern auf. Im Gegensatz dazu schienen Länder mit stärker ausgeprägter Ungleichheit beim Rauchen und beim Verbrauch fettreicher Lebensmittel ein höheres Maß gesundheitlicher Ungleichheit aufzuweisen. Wichtig ist hier: Die Länder mit großen Unterschieden bei risikoträchtigem Verhalten, aber geringeren Einkommensunterschieden, also die ›skandinavischen Wohlfahrtsstaaten‹ wie Schweden, Norwegen und Finnland hatten offenbar eine mindestens so große sozial bedingte Variation der Mortalitäts- und Krankheitsziffern wie Großbritannien und die USA, wo es große Ungleichheit *sowohl* bei den Einkommen *als auch* beim Risikoverhalten gibt. Trotz der Bedeutung jedoch, die in den Erasmus-Studien dem Gesundheitsverhalten zugeschrieben wurde, befand die niederländische Programmkommission, die die Erkenntnisse in Vorschläge für die politische Praxis umzusetzen hatte, gegenüber der Regierung, dass es Evidenz auch für die Notwendigkeit lebensweltorientierter Ansätze gäbe, um die sozialen Unterschiede bei gesundheitsrelevanten Verhaltensmustern zu verringern. Lediglich vermehrte Gesundheitserziehung anzubieten oder sogar ein Rauchverbot in der Öffentlichkeit seien zu sehr aufs Individuum zielende Maßnahmen, Teile einer, wie wir heute wissen, erfolglosen Strategie.

Wie aber kann man solche lebensweltorientierten Ansätze implementieren? In ihrem Abschlussbericht kam die niederländische Programmkommission zu Fragen gesundheitlicher Ungleichheit zu der Schlussfolgerung, dass »... aktuell das Wissen über wirksame Methoden zur Erreichung von Verhaltensänderung bei den unteren SES-Gruppen immer noch skizzenhaft ist. Neue Methoden wie die lebensweltbezogenen Ansätze sind bisher nur in sehr geringem Maße überprüft worden ... es gibt Bedarf für ... die weitere Entwicklung solcher Methoden und ihre langfristige Erprobung und wissenschaftliche Evaluierung ...« (Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health 2001: 39).

Ein Ansatz wäre möglicherweise, solche Bedingungen zu fördern, unter denen die ›mediterrane Ernährungsweise‹ bei der Bevölkerung populär werden und bleiben kann, unabhängig von sozialer Klasse, Status

oder Einkommen (Kunst 1997). Zunächst müsste man sich der Frage der Kosten für ›gesunde‹ Lebensmittel zuwenden, um zu gewährleisten, dass eine gesunde Ernährung in z.B. Großbritannien, Schweden oder Finnland nicht einen höheren Anteil am Einkommen kostet als in den Ländern mit geringerer gesundheitlicher Ungleichheit. Zum zweiten müsste man in Studien die Bedingungen herausfinden, unter denen es überhaupt machbar wäre, dass Menschen aller Schichten und Berufe sich ›mediterranes‹ Essen zubereiten.

Eine Schwierigkeit hierbei könnte sein, dass die Essenszubereitung eventuell in größerem Umfang dort stattfindet, wo Frauen keine bezahlte Anstellung und daher keine andere Wahl haben, als mehr Zeit mit der häuslichen Essenszubereitung zu verbringen. In diesem Fall könnte eine gesündere Ernährung als Folge der ungleichen Verteilung gesellschaftlicher Macht zwischen Männern und Frauen betrachtet werden. Es ist in der Tat auffällig, dass einige der entwickelten (Industrie-)Staaten mit geringer gesundheitlicher Ungleichheit gerade die sind, in denen am traditionellen Muster der Familie festgehalten wird, es wenige hoch bezahlte Jobs für Frauen und eine geringe Scheidungsrate gibt, wie etwa in Japan (und den mediterranen Ländern). Man könnte argumentieren, dass ein Grund für die geringe Einkommensungleichheit in diesen Ländern darin besteht, dass dort nur wenige Frauen überhaupt versuchen, unabhängig zu leben, und allein erziehende Mütter stark stigmatisiert werden. Diese (sozialen) Normen hätten zur Folge, dass es sowohl weniger sehr arme Familien mit nur einem Elternteil als auch weniger Haushalte mit sehr hohem Einkommen gäbe, wo beide Partner hoch bezahlter Arbeit nachgehen, eben weil Frauen keinen Zugang zu akademischen oder Managerpositionen haben. Frauen, die unter diesen Bedingungen leben, würden eher viel Zeit damit verbringen, relativ aufwändige, aber gesunde Mahlzeiten zuzubereiten. In den USA und Großbritannien, wo Frauen zunehmend erwerbstätig und von langen Arbeitszeiten betroffen sind, wird ein höherer Anteil der Mahlzeiten außer Haus eingenommen. Zudem gibt es einen wachsenden Markt für Fertiggerichte, die nur in der Mikrowelle erhitzt zu werden brauchen. Unter diesen Umständen, könnte man annehmen, wird die Qualität der Ernährung stark von der Höhe des Einkommens der Frauen abhängen. Wo eine lange Arbeitszeit in einem gut bezahlten Job verbracht wird, mag das für die Gesundheit kein Schaden sein, denn man kann sich gesundes Essen kaufen. Wo es sich aber um schlecht bezahlte Jobs (›welfare-to-work‹) handelt, können die gesundheitlichen Folgen für Frauen und ihre Familien erheblich sein. Ohne Zeit und Energie zum aufwändigen Kochen sind Menschen mit geringem Einkommen auf die billigsten, qualitativ minderwertigen

Instant-Nahrungsmittel angewiesen. Kein Politiker würde heutzutage ernsthaft erwägen, den Druck auf allein stehende Frauen (einschließlich der Mütter), sich eine Arbeit zu suchen, zu verringern. Obschon es einige für wünschenswert halten, Männern in irgendeiner Weise wieder zu verpflichten, ihre Sexualpartnerinnen finanziell zu unterstützen, gibt es keinen historischen Präzedenzfall dafür: Wenn Scheidung und Trennung einmal gesellschaftlich akzeptabel geworden sind, lässt sich die Uhr nicht mehr zurückdrehen. Ich kenne kein Forschungsprojekt, das sich eines dieser Themen angenommen hätte. Solche Forschung wäre aber eine (gute) Alternative dazu, randomisierten Gruppen schwedischer oder britischer Staatsbürgern mediterrane Nahrung zu verabreichen (natürlich ohne dass sie es merken) und abzuwarten, welche Gruppe eine längere Lebenserwartung hat.

4. *Sozialpolitische Maßnahmen auf der Grundlage psycho-sozialer Erklärungsansätze*

Wenn der beste Weg, schon die verhaltensbezogenen Gründe für gesundheitliche Ungleichheit zu bekämpfen, lebensweltorientierte Ansätze erfordert, wie würde eine solche Intervention in der Praxis funktionieren? Und: Welche Erklärungsmodelle könnten am ehesten hilfreich sein bei dem Versuch, eine erfolgreiche Intervention zu planen? Das Verhältnis zwischen gesellschaftlicher Position und Lebensumständen einerseits und gesundheitsrelevantem Verhalten andererseits ist meiner Ansicht nach am besten als psycho-soziales zu begreifen. Das spiegelt sich in dem Gedanken wieder, dass man die sozialen Beziehungen innerhalb der Gesellschaft verändern muss, um soziale Ungleichheiten im gesundheitsrelevanten Verhalten zu verringern. Im Prinzip zwingt ein niedriges Einkommen oder niedriger Status niemanden dazu, zu rauchen oder sich weniger zu bewegen. Eher ist es so, wie Siegrist (1998, 2000) zu bedenken gibt, dass Individuen anscheinend durch widrige soziale Umstände psychologisch nachteilig beeinflusst werden, so dass es ihnen schwerer fällt, in die eigene Gesundheit zu investieren. Oft wird vergessen, dass, als der Bericht des US Surgeon General über das mit dem Rauchen verbundene hohe Gesundheitsrisiko der breiten amerikanischen Öffentlichkeit bekannt gemacht wurde, die meisten Menschen aus der Mittelschicht das Rauchen aufgaben, bevor noch groß angelegte Gesundheitskampagnen begonnen wurden – ein weiteres von der Forschung wenig beachtetes Thema. Aber auch schon der gesunde Menschenverstand legt nahe, dass ein Mensch, der ein angenehmes Leben führt, größeren Wert auf ein langes Leben legt als jemand, dessen Leben beschwerlich ist.

5. *Sozialpolitische Maßnahmen auf der Grundlage materialistischer und neo-materialistischer Erklärungsmodelle*

Wir haben bereits auf die Studie von Graham hingewiesen, die wichtige Unterschiede zwischen den skandinavischen und anderen Ländern hinsichtlich der Sozialpolitik beschrieb, insbesondere, in welchem Maß die jeweilige Sozialpolitik Familien mit kleinen Kindern vor Armut schützt (Graham 2002). In Verbindung mit den Befunden der europäischen Vergleichsstudien über Veränderungen bei der gesundheitlichen Ungleichheit, die nachwiesen, dass diese in den skandinavischen Ländern trotz wachsender Einkommensungleichheit weniger stark zugenommen hatte, kann das als Bestätigung für ›materialistische‹ oder ›neo-materialistische‹ sozialpolitische Ansätze interpretiert werden. Gesundheit wird von physischen und psychologischen Entwicklungsprozessen während des gesamten Lebenslaufes beeinflusst, wobei man wohl von besonders wichtigen ›kritischen Phasen‹ während der Kindheit ausgehen kann, so dass man in den Ländern, in denen junge Familien besser vor Armut geschützt werden, günstigere Ergebnisse hinsichtlich gesundheitlicher Ungleichheit erwarten kann.

Offizielle Studien im Auftrag von Regierungen, die das Problem der gesundheitlichen Ungleichheit angehen wollen, haben sich (bisher) ebenfalls ausschließlich auf materielle Faktoren konzentriert: nämlich auf die Art und Weise, in der durch gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen der Zugang von Individuen und Familien zu sicherer und gut bezahlter Arbeit, guten Wohnungen und einer sicheren und sauberen Lebensumwelt bestimmt wird. Vorschläge für sozialpolitische Strategien erkannten an, dass große Veränderungen bei der Einkommensungleichheit schwierig zu bewirken seien, und beschränkten sich daher auf Vorschläge zu vorläufigen Maßnahmen verschiedener Art.

Der britische Acheson-Report scheute (allerdings) nicht davor zurück, eine Erhöhung der Unterstützung für Arbeitslose und Geringverdiener zu empfehlen, um das Einkommen dieser Gruppen dem ›durchschnittlichen Lebensstandard‹ etwas anzunähern (Acheson 1998: 36). Dort wurde ebenfalls eine Kooperation zwischen Gewerkschaften, Wirtschaftsmanagern und anderen relevanten Akteuren vorgeschlagen, um so Arbeitsbedingungen zu verbessern, Selbständigkeit und Abwechslung bei der Arbeit zu erhöhen und die Entwicklung individueller Fertigkeiten zu fördern (ebd.: 50). Die niederländische Programm-Kommission sah seine Aufgabe etwas anders, weil

»... in den Niederlanden der Sozialstaat durch relativ starke Einkommensumverteilung, also relativ geringe Einkommensungleichheit

charakterisiert ist ... Wir haben also einen beachtlichen Anteil des Potentials auf diesem Politikfeld bereits ausgeschöpft. Obwohl die Einkommensunterschiede in den Niederlanden theoretisch weiter verringert werden könnten (etwa auf das Niveau von Schweden und Norwegen), wodurch prinzipiell eine Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheit zu erwarten wäre, gibt es dafür derzeit offenbar weder politische noch gesellschaftliche Unterstützung ...« (Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health 2001: 23).

Eine wichtigere Aufgabe bestand nach Ansicht der Kommission darin, zu verhindern, dass die schon erreichten sozialpolitischen Errungenschaften durch den gegenwärtigen Trend zur ›globalen‹ Verschärfung der Ungleichheiten wieder verloren gehen. Statt einer weiteren Einkommensumverteilung empfahl der Report eine nachhaltige Anstrengung, das Einkommen der ärmsten 10 Prozent der niederländischen Bürger zu erhöhen.

Aktuelle niederländische und schwedische Studien, einige davon mit britischer Unterstützung, haben sich der Frage zugewandt, wie die Auswirkungen von Krankheiten, wie auch immer diese verursacht wurden, auf das Leben der Menschen zu verringern seien. Andere Länder als Schweden (wo es solche Maßnahmen bereits gibt) denken darüber nach, Menschen mit chronischen Krankheiten mehr darin zu unterstützen, auf solche Berufe umzuschulen, die sie noch ausführen und damit weiterhin ein Einkommen erzielen können. In vielen Fällen wäre dies erst durch eine allgemeine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erreichbar, was sich wieder mit einer der im Acheson-Report dargelegten Zielvorstellungen trifft. Die Verbesserung von Arbeitsbedingungen wiederum könnte sich positiv auf die Gesundheit innerhalb ganzer Organisationen auswirken. Wenn Menschen über mehr Autonomie im Arbeitsleben verfügen, Arbeitsbeginn und -ende sowie das Arbeitstempo variieren können, könnten nicht nur einige Erkrankte weiter produktiv bleiben, sondern, nach der vorliegenden Evidenz, würden andere erst überhaupt nicht erkranken. Solche Veränderungen würden außerdem das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben (›work-life-balance‹) zum Wohle der Familien und der Entwicklung der Kinder verbessern. Diese Art sozialpolitischer Neuorientierung ist ein gutes Beispiel für ein ›neo-materialistisches‹ Verständnis des Verhältnisses zwischen Einkommensungleichheiten und Gesundheit. In Ländern, in denen flexible Arbeitszeiten und größere Autonomie für die Arbeitnehmer gefördert werden, könnte sich auch die Einkommensungleichheit verringern, da mehr Menschen durch die Möglichkeit, in bezahlten Jobs zu verbleiben, dem Abgleiten in die Armut entgehen könnten. In diesem Falle hätte es keinen besonderen

Versuch (von Seiten der Politik) gegeben, Einkommensungleichheit etwa durch Besteuerung zu verringern. Vielmehr würde eine Sozialpolitik, die auf das Wohlergehen arbeitender Menschen insgesamt zielt, den Effekt einer Reduktion der Einkommensungleichheit nach sich ziehen.

Eine andere ›neo-materialistische‹ Maßnahme, die von der niederländischen Programmkommission befürwortet wird, betrifft die Bildung. Ähnlich wie schon hinsichtlich der Einkommensumverteilung ist man allgemein überzeugt, dass die Sozialpolitik in den Niederlanden bei ihren Bemühungen, »die Korrelation zwischen sozialem Hintergrund und der Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Schullaufbahn zu verringern«, weit vorangekommen ist (Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health 2001: 23). In Großbritannien sah der Acheson-Report mehr Grund, die Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und schulischen Ergebnissen kritisch zu beurteilen. Er stellte heraus, dass »... diejenigen, die unter benachteiligten Bedingungen leben und die der Bildungschancen am meisten bedürfen, vielleicht am wenigsten in der Lage sind, Zugang zur Bildung zu erlangen. Analysen deuten darauf hin, dass die Ungleichheiten bei der Mittelzuweisung (durch die Regierung) sich in den letzten zwei Jahrzehnten vergrößert haben. Schulen in benachteiligten Gegenden müssen mit höherer Wahrscheinlichkeit hinnehmen, dass sie räumlich eingeschränkt werden und dass ihre Umgebung weiter degeneriert ... Sowohl Logik wie Gerechtigkeit sprechen dafür, dass die bedürftigsten Kinder verbesserte Ressourcen für ihre Bildung erhalten.«

Ein Weg, den Kreislauf aus Armut und geringer Bildung zu durchbrechen, der bereits einem Praxistest unterworfen wurde, ist die Vorschulbildung. In den USA zeigten die Perry/High Scope-Studien, dass ein gut geplantes Vorschulbildungsprogramm sich im Lebenslauf armer Kinder noch viele Jahre später auswirkt. Die Kinder, die in einem quasi ›kontrollierten Experiment‹ besonders gefördert wurden, zeigten nicht nur bessere Leistungen in der Sekundarschule, sondern verdienten später, als junge Erwachsene, mehr Geld, begingen weniger Verbrechen und führten stabilere Ehen. Über etwaige Gesundheitseffekte (der Vorschulbildung) gibt es kaum Informationen. Aber die Perry-Studie gibt ein gutes Beispiel dafür, wie eine auf dem Lebenslauf-Modell aufbauende Sozialpolitik aussehen könnte. Die Vorteile hinsichtlich der späteren Lebenslagen, die aus dem Vorschul-Experiment resultierten, sollten – existierender Evidenz zufolge – eine bessere Gesundheit der Kohorte erwarten lassen, sobald diese das Lebensalter erreicht, in dem bei Bewohnern entwickelter Länder die Hauptgründe für schlechte Gesundheit anfangen sichtbar zu werden.

Solche sozialpolitischen Maßnahmen können jedoch nichts an den Gesundheitsrisiken ändern, die sich aus der relativen gesellschaftlichen Position oder Einkommenshöhe ergeben. Wenn eine gute Vorschulbildung eine Gruppe von Kindern in die Lage versetzt, erfolgreich um gute Jobs zu konkurrieren, dann verschiebt das das Problem nur, weil dann eben andere junge Menschen scheitern. Ob wir nun glauben, dass der Hauptgrund gesundheitlicher Ungleichheit mit Neid oder dem relativen Vorteil anderer zu tun hat oder aber mit den Auswirkungen der Einkommensungleichheit auf solche Dinge wie Mieten oder Häuserpreise: Keine noch so gute Bildung könnte dem abhelfen. Wie bei so vielem, was wir über die Gründe gesundheitlicher Ungleichheit und die möglichen politischen Antworten wissen müssten, so gibt es auch hier nur wenig relevante Forschung. Würde es z.B. die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Einkommensgruppen oder sozialen Klassen verringern, wenn, bei immer noch großen Einkommensunterschieden, die Menschen sich schneller aufwärts und abwärts zwischen mehr und weniger privilegierten sozialen Klassen bewegten? Wir wissen darüber nichts. Oder: Was wäre, wenn Einkommensunterschiede weniger stark mit Unterordnungsverhältnissen am Arbeitsplatz verknüpft wären? Was, wenn es eine Gruppe von Berufen mit geringem Einkommen, aber einem hohen Grad an Arbeitsplatzsicherheit und Selbstbestimmung gäbe? Man könnte sagen, dass momentan der Lehrerberuf in dieser Hinsicht ein Experiment darstellt – ist doch ihr relatives Einkommensniveau ebenso gesunken wie die Zahl der bürokratischen Verordnungen, denen sie sich unterwerfen müssen. Buddhistische Mönche sind eine Gruppe, die bewusst auf jede Art materiellen Besitzes verzichtet, aber in einigen Gesellschaften einen sehr hohen Status hat – unglücklicherweise sind das keine Gesellschaften mit einer umfangreichen Gesundheitsforschung, die es uns ermöglichen würde, die Gesundheit der Mönche mit derjenigen einer materiell reicheren Gruppe von gleich hohem Status zu vergleichen.

Es ist daher sehr schwierig, die politisch-praktischen Implikationen der Resultate der Forschung über gesundheitliche Ungleichheit eindeutig zu konstatieren. Es wäre sogar verfrüht zu behaupten, man könne sie auch nur mit einiger, auf vorliegendem Zahlenmaterial beruhender Gewissheit angeben. Man kann jedoch bereits Richtungen für bestimmte Forschungsgebiete erkennen, die mit höchster Priorität angegangen werden müssen. Wie schon in der Vergangenheit, so ist es auch hier möglich, dass politische Maßnahmen, deren Wirksamkeit gegen gesundheitliche Ungleichheit wir erst später erkennen, ursprünglich aus ganz anderen Gründen ergriffen wurden, wie beispielsweise den Bedürfnissen der Menschen nach Freiheit, Sicherheit oder Lebensqualität.

Korrespondenzadresse:
 Prof. Dr. David Blane
 Imperial College London
 South Kensington Campus
 London SW7 2AZ
 d.blane@imperial.ac.uk

Literatur

- Acheson, D. (1998): Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report. London: HMSO.
- Bennett, S. (1995): Cardiovascular risk factors in Australia – trends in socioeconomic inequalities. *J Epidemiol Community Health* 49: 363-372.
- Bolliger C.; Fagerstrom K. (Hg.) (1997): Progress in Respiratory Research: the tobacco epidemic. Basel: S Karger.
- Cavelaars, A.E.J.M.; Kunst, A.E.; Geurts, J.J.M.; Crialesi, R.; Grotvedt, L. (1998): Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European countries. *J Epidemiol Community Health* 52: 219-227.
- Graham, H. (2002): Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Soc Sci Med* 55: 2005-2016.
- Jarvis, M. (1997): Patterns and predictors of smoking cessation in the general population. In: Bolliger C.; Fagerstrom K. (Hg.): Progress in Respiratory Research: the tobacco epidemic. Basel: S Karger.
- Kunst, A. (1997): Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality. Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality. Den Haag: CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek.
- Kunst, A.E.; Mackenbach, J.P. (1994): Measuring socio-economic inequalities in health. Copenhagen: WHO.
- Kunst, A.; Groenhof, F.; Mackenbach, J.P. et al. (2000): Inegalites sociales de mortalite prematuree: la France comparee aux autres pays Europeens. In Leclerc, A.; Fassin, D.; Grandjean, H.; Kaminski, M.; Lang, T. (Hg.): Les inegalites sociales de sante. Paris: La Decouverte, S. 54-68.
- Leclerc, A.; Fassin, D.; Grandjean, H.; Kaminski, M.; Lang, T. (Hg.) (2000): Les inegalites sociales de sante. Paris: La Decouverte.
- Lynch, J.W.; Kaplan, G.A.; Salonen, J.T. (1997b): Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 44: 809-819.
- Mackenbach, J.P.; Kunst, A.E.; Cavelaars, A.E.J.M.; Groenhof, F.; Geurts, J.J.M. (1997): Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 349: 1655-1659.
- Marsh, A.; McKay, S. (1994): Poor Smokers. London: Policy Studies Institute.
- Morris, J.N.; Heady, J.A. (1955): Social and biological factors in infant mortality, V: mortality in relation to father's occupation. *Lancet* i, 554-559.
- Peltonen, M.; Huhtasaari, F.; Stegmayr, B.; Lundberg, V.; Asplund, K. (1998): Secular trends in social patterning of cardiovascular risk factor levels in Sweden. The Northern Sweden MONICA Study 1986-1994. *J Intern Med* 244: 1-9.
- Power, C.; Hertzman, C. (1997): Social and biological pathways linking early life and adult disease. *Br Med Bull* 53: 210-221.

- Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health (2001): Reducing socio-economic inequalities in health. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sports.
- Siegrist, J. (1998): Reciprocity in basic social exchange and health: Can we reconcile person-based with population-based psychosomatic research? *J Psychosom Res* 45: 99-105.
- Siegrist, J. (2000): Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Soc Sci Med* 51: 1283-1293.
- Townsend, P.; Davidson, N.; Whitehead, M. (1986): *The Black Report and the Health Divide*. UK, Harmondsworth: Penguin.
- Vartiainen, E.; Pekkanen, J.; Koskinen, S.; Jousilhati, P.; Salomaa, V.; Puska, P. (1998): Do changes in cardiovascular risk factors explain the increasing economic difference in mortality from ischaemic heart disease in Finland? *J Epidemiol Community Health* 52: 416-419.
- Winkleby, M.A. (1997): Accelerating cardiovascular risk factor change in ethnic minority and low socioeconomic groups. *Annals of Epidemiology* 7: 96-103.

Quelle: Bartley, Mel (2004): *Health Inequality. An Introduction to Concepts, Theories and Measures*, London: Polity Press (Kapitel »Health inequality and social policy«).

Die Veröffentlichung der Übersetzung erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Polity Press. Aus dem Englischen übersetzt von Konrad Jocksch und Susanne Kümpers.