

Thomas Elkeles und Andreas Mielck

Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit

Die Kontinuität und Stabilität sozialer Unterschiede beim Gesundheitszustand auch in Ländern mit vergleichsweise hohem Wohlfahrtsniveau und mit auch für die breite Bevölkerung verfügbarer medizinischer Versorgung stellt einen internationalen Trend dar (vgl. z.B. Mielck/do Rosário Giraldes 1993; Power 1994). Die Ergebnisse nationaler Gesundheitssurveys belegen seit den sechziger Jahren (Karisto 1993), daß eine inverse Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitsstatus besteht.¹ Studien auf der Basis von Mortalitätsdaten zeigen seit den siebziger Jahren, daß sich Unterschiede in der Lebenserwartung in Ländern mit wachsenden Einkommensunterschieden sogar noch vergrößern (Marmot/McDowell 1986, Blane et al. 1990, Valkonen 1992, Pappas et al. 1993). In vergleichsweise reichen Ländern besteht demnach höchstens eine geringe Beziehung zwischen Wachstum und sinkender Sterblichkeit: das Problem liegt in diesen Ländern nicht in absoluter, sondern in relativer Deprivation, d.h. im *Gradienten* relevanter Einflußfaktoren (Wilkinson 1994).

Lahelma et al. (1996) kommen in einem jüngeren Übersichtsbeitrag zu dem Schluß, trotz einer langen Tradition sozioökonomischer Public Health-Forschung begannen ihre Ergebnisse erst jetzt zu akkumulieren und einen Bedarf zu weiterer Differenzierung und Spezialisierung zu begründen. Vor diesem Hintergrund stellt dieser Beitrag zunächst, nach einem kurzen Rückblick auf die Geschichte des Themas ›gesundheitliche Ungleichheit‹ in Deutschland, Theorieansätze zu Wirkungsmechanismen ›gesundheitlicher Ungleichheit‹ vor und ordnet sie einem eigenen (sortierenden) Modell zu. Dieses schlagen wir zur Systematisierung und Fortführung der wissenschaftlichen Diskussion über die Ursachen ›gesundheitlicher Ungleichheit‹ vor. Verbesserte Erklärungen zur Produktion und Reproduktion ›gesundheitlicher Ungleichheit‹ sind wiederum ein wichtiger Schritt zur Verringerung ›gesundheitlicher Ungleichheit‹.

Bei der Behandlung des Themas gehen wir vom Begriff ›gesundheitliche Ungleichheit‹ aus, den u.W. erstmals Gerhardt (1987) benutzte, und stellen Zusammenhänge mit ›sozialer Ungleichheit‹ her. In der internationalen Forschung wird das Thema meist mit zwei Begriffen behandelt:

- health inequality: *alle sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand und*
- health inequity: *als ungerecht empfundene, d.h. gesellschaftlich nicht legitimierte soziale Unterschiede im Gesundheitszustand.*

Wir haben vorgeschlagen, dem deutschen Begriff ›gesundheitliche Ungleichheit‹ die Bedeutung von *health inequity* zugrunde zu legen (Mielck 1994b; Elkeles/Mielck 1993).

Nach den Konventionen des Sozialstaats dürfte ein breites Spektrum von ›gesundheitlicher Ungleichheit‹ nicht legitimiert sein (und fehlendes politisches ›Agieren‹ mehr auf das ›Ignorieren‹ denn auf das ›Negieren‹ persistierender Ungleichheit zurückzuführen sein). Auf politischer Ebene sind die Initiativen der WHO (Programm ›Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000‹) in einigen Ländern mit nationalen Regierungsprogrammen aufgegriffen worden, nicht jedoch in Deutschland.

Die im Jahr 1996 mit der Koalitionsmehrheit von CDU/CSU und FDP bereits beschlossenen bzw. auf den Weg gebrachten gesundheitspolitischen Gesetzesbeschlüsse und -vorhaben des Jahres 1996 lassen keinen Zweifel, daß das Thema ›gesundheitliche Ungleichheit‹ sich politisch im Rahmen der betriebenen Umverteilungspolitik (›Umbau des Sozialstaats‹) derzeit auf dem Abstellgleis befindet. Bemerkenswerterweise fand allerdings im Rahmen der Verabschiedung des Beitragsentlastungsgesetzes und der dort zunächst vollständig vorgesehenen Streichung des § 20 SGB V eine wissenschaftlich initiierte und inspirierte Debatte zur Bedeutung der Gesundheitsförderung für den Abbau ›gesundheitlicher Ungleichheit‹ statt. Die hier nach der Verabschiedung einer modifizierten Gesetzesfassung (wenigstens) verbleibenden Möglichkeiten zur weiteren politischen Thematisierung sollen am Schluß des Beitrags als ein Beispiel eines aktuellen deutschen Ansatzes zur Verringerung ›gesundheitlicher Ungleichheit‹ kurz beleuchtet werden.

In Deutschland hat sich die Sozialhygiene – als spezifische Reaktion der »sozialen Medizin« auf die »soziale Frage« – am Ende des vergangenen und zu Beginn dieses Jahrhunderts des Themas der ›sozialen Ätiologie und der sozialen Therapie von Krankheiten‹ angenommen. Zu erinnern ist etwa an Grotjahns Buch »Soziale Pathologie« (Grotjahn 1912) und an den von Mosse und Tugendreich (1913) publizierten Sammelband »Krankheit und soziale Lage« (vgl. Mielck 1995). Die Sozialhygiene-Bewegung konnte in der Weimarer Republik mittels ihres Prophylaxekonzepts praktischen Einfluß auf die staatliche Wohlfahrtspflege nehmen.

»Es entsprach... dem (sozial-)politischen Aufbruch, immer weniger als »natürlich« hinzunehmen, sondern vielmehr als sozial bedingt und daher sozial beeinflussbar anzusehen. (...) Die praktische Folge der Sozialhygiene war nicht eine durch neue Verteilung gesellschaftlichen Reichtums gekennzeichnete Sozialpolitik, sondern die Indienstnahme der Fürsorge für die Prophylaxe. Diese Gesundheitsfürsorge führte allerdings über die klassische Armen-Fürsorge hinaus, die gleichwohl die vorherrschende blieb.

Dieser Ausbau der Gesundheitsfürsorge kann ebenso wie die Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung als Prozeß der Ausdifferenzierung eines spezifischen Risikos »Krankheit« aus dem unspezifischen Armutrisiko verstanden werden.« (Labisch/Tennstedt 1991, S.16f.)

Im Anschluß an den Nationalsozialismus, in dem sich Sozialhygiene zur Rassenhygiene wandelte, vergingen drei Jahrzehnte, bis gesundheitliche Ungleichheit in der Bundesrepublik erneut thematisiert wurde. Aus der Sozialhygiene konnten Anstöße hierzu kaum noch kommen, die Disziplin hatte den Nationalsozialismus praktisch nicht überlebt. Vor allem aber waren bis in die sechziger Jahre das gesellschaftliche Selbstbild durch die Wiederaufbau-Anstrengungen und die Erfolge des »Wirtschaftswunders« – und die Sozialstrukturanalyse durch die Diskussion um die These von der »nivellierten Mittelstandsgesellschaft« (Schelsky 1965) – geprägt.

Erst empirische Arbeiten von Erwin Jahn und Mitarbeitern (Projekt zur Auswertung von Daten der AOK Lindau aus dem Jahr 1975 nach sozioökonomischem Status; Grünauer et al. 1979) und die Herausgabe des dann langjährigen »Standardwerks« der Sozialepidemiologie (Abholz 1976) zeigten wieder die Persistenz gesundheitlicher Ungleichheiten. 1981 organisierte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ein Symposium über »Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen« (Hauß et al. 1981) und vergab hierzu in der Folgezeit einige Forschungsaufträge (vgl. BMA 1987; Schröder et al. 1990). Als Förderschwerpunkt wurde das Thema jedoch nicht weitergeführt (vgl. Eßer 1994).

Verschiedene Wissenschaftler, Fachgesellschaften und die Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung griffen das Thema erneut auf (z.B. Scharf 1978; Buhr et al. 1989, 1990; Enquete-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung 1990; Heft 3/1993 der Zeitschrift »Sozial- und Präventivmedizin«). Mit dem Band »Krankheit und soziale Ungleichheit« liegt inzwischen eine neuere Übersicht über den Stand der sozialepidemiologischen Forschung vor (Mielck 1994a).

Über den empirischen Forschungsstand, bezogen auf die Bundesrepublik, gibt es in ausreichender Zahl Material und Überblicke, auf die im einzelnen hier verwiesen werden kann (Abholz 1976, 1981; Kirchgäßler 1990; Mielck 1991; Mielck/Helmert 1994). Die Daten beziehen sich auf Mortalität, Morbidität, die Inanspruchnahme von medizinischen und präventiven Leistungen, die Gesundheitszufriedenheit und Gesundheitsrisiken nach sozialer Schicht. Konsistent zeigt sich immer wieder, daß auch bei gleichen Bedingungen des Zugangs zu medizinischer Versorgung – und bisher in Deutschland international noch vergleichsweise geringen Barrieren durch Zuzahlungen – der Gesundheitszustand ungleich verteilt ist: Personen mit geringerem sozioökonomischem Status weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Personen mit höherem sozioökonomischem Status, haben geringere Gesundheitszufriedenheit und nehmen präventive Leistungen und Maßnahmen der Gesundheitszufriedenheit weniger in Anspruch (z.B. Kirschner et al. 1995; Fuchs 1995; Hoffmeister/Hüttner 1995; Kirschner/Elkeles 1995). Zwischen Ost- und Westdeutschland finden sich sehr ähnliche Muster des Zusammenhangs zwischen Schichtgradienten und Risikofaktoren für kardiovaskuläre Risikofaktoren; für Westdeutschland zeigt sich im zeitlichen Verlauf zwischen 1984 und 1988 eine Zunahme »gesundheitlicher Ungleichheit« bei Hochdruckkrankheit für Männer und Zigarettenrauchen für Frauen (Helmert et al. 1992).

Bildung, Einkommen und Stellung im Erwerbsleben bilden die Variablen, mit denen in der empirischen Sozialforschung klassischerweise soziale Schichtindizes konstruiert werden. Diese drei Variablen liegen (allerdings nicht immer vollständig) auch den sozialepidemiologischen Arbeiten zugrunde.

Das Schichtkonzept versucht, soziostrukturell bedingte soziale Ungleichheit in ihren klassischen Kategorien Wissen, Geld, Macht und Prestige zu erfassen. Hierbei ist der Begriff soziale Schicht selbst ein Konstrukt, um vertikale Schichtungsphänomene zu beschreiben. Die Sozialstrukturanalyse zeigt, daß in heutigen modernen Gesellschaften Statuslagen differenzierter werden. Niedrige Stellung im Beruf ist heute zum Beispiel nicht ausschließlich mit niedrigem Einkommen, hohe Bildung nicht regelmäßig auch mit hohem Einkommen verknüpft; hierauf stützt sich die Statusinkonsistenz-These. Solche Differenzierungen, aber auch eine Erwerbs- und Geschlechtszentrierung des Schichtkonstrukts, haben dafür gesorgt, daß klassische Schichtkonzepte erneut kritisch diskutiert werden (vgl. z.B. Kreckel 1992). Allerdings geht es seit den achtziger Jahren nicht mehr um den Klasse-Schicht-Streit, sondern um eine fragliche *Ent*strukturierung, eine Auflösung der vertikalen

Strukturen durch die zunehmende Vielfalt der Lebensstile und Lebensformen (vgl. z.B. Beck 1983; Hradil 1983). Geißler (1996) sieht in solcher Kritik an den Klassen- und Schichtkonzepten den »mainstream« der neueren deutschen Sozialstrukturanalyse und kritisiert (anhand von empirischen Belegen zu den Bildungschancen, den politischen Teilnahmechancen und den Kriminalitäts- und Kriminalisierungsgefahren) deren Einseitigkeiten und ideologische Gefahren.

Auch die Daten zu gesundheitlicher Ungleichheit sprechen dafür, daß »alte« vertikale Ungleichheiten weiterwirken und mit den Variablen Bildung, Einkommen und Stellung im Erwerbsleben offensichtlich vorhandene Unterschiede gut gemessen werden können. Allerdings werden diese Variablen in der sozialepidemiologischen Forschung oft in einer statischen Weise gebraucht, die sowohl Kritik (Steinkamp 1993a,b) als auch Fragen nach ihrem theoretischen Erklärungswert hervorrufen (Elkeles/Mielck 1993).

Ohne ein tieferes Verständnis über die Mechanismen der Produktion und Reproduktion von (gesundheitlicher) Ungleichheit ist es auch erschwert, auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit hinzuwirken. Daher ist die Diskussion theoretischer Erklärungsansätze nicht etwa von (in schlecht verstandenem Sinne) akademischem Wert, sondern beim gegenwärtigen Stand des Themas eine praktisch relevante Frage.

Theoretische Erklärungen zu Wirkungsmechanismen

In der – traditionell vergleichsweise stark entwickelten – Diskussion in Großbritannien (vgl. Davey Smith et al. 1994), werden vier Haupterklärungsansätze unterschieden:

- Erklärung durch Artefakte (artefact explanation)
- Erklärung durch soziale Selektion (social selection explanation)
- Erklärung durch Verhalten (behavioural explanation)
- Erklärung durch materielle Bedingungen (materialist/structuralist explanation).

Die Erklärung durch Artefakte geht davon aus, daß die beobachtete Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Mortalität durch methodische Mängel bei der Datenerhebung und -verarbeitung vorgetäuscht wird. Untersuchungen haben gezeigt, daß in der Tat Verzerrungen auftreten können.² Die Diskussion hat jedoch auch gezeigt, daß diese Probleme, wenn überhaupt, dann nur einen sehr kleinen Effekt auf die allgemeine Beziehung zwischen Berufsklasse und Mortalität ausüben können (Fox et al. 1985).

Die Erklärung durch soziale Selektion geht davon aus, daß die beschriebenen Beziehungen zwischen sozioökonomischem Status und Mortalität real vorhanden sind und darauf beruhen, daß bei kränkeren Personen der soziale Aufstieg seltener und der soziale Abstieg häufiger ist als bei gesünderen Personen (auch: Drift-Hypothese). Blane et al. (1993) haben die Evidenz hierfür in einer neueren Literaturstudie untersucht und fanden wenig Anhaltspunkte für einen direkten Effekt auf den Schichtgradienten. Die davon »logisch unterschiedliche Idee« einer indirekten Selektion durch Akkumulation von Vor- und Nachteilen im Lebenslauf halten sie hingegen für nützlich.

Die beiden anderen Hauptklärungen gehen ebenfalls von der realen Existenz des Sachverhalts aus, wobei sie unterschiedliche Möglichkeiten der Verursachung betonen. Die Erklärung durch Verhalten hebt die Bedeutung von Unterschieden im individuellen Risikoverhalten³, die Erklärung durch materielle Bedingungen die Bedeutung der Arbeits-, Wohn- und allgemeinen Lebensbedingungen für Krankheitsentstehung und -verlauf hervor.

Die in der bundesrepublikanischen Literatur der siebziger und achtziger Jahre zu findenden Ansätze lassen sich überwiegend der Erklärung durch materielle Bedingungen zuordnen, wobei insbesondere die Stellung im Arbeitsprozeß und die hieraus resultierenden Belastungen hervorgehoben werden. Die Stress- and Strain-Hypothese (höhere Belastungen und gesundheitsschädliche Beanspruchungen in der unteren sozialen Klasse, Schicht oder Gruppe) hebt auf spezifische Arbeitsbedingungen als Primäreffekt der Arbeitswelt ab. Sekundäreffekte ergäben sich durch Auswirkungen auf die Bedingungen der Reproduktion der Arbeitskraft (Oppolzer 1986; vgl. auch Oppolzer 1994).

Weber (1987) nennt drei Komplexe von Bestimmungsgründen für gesundheitliche Ungleichheit: Umweltbelastungen und Möglichkeiten ihrer Bewältigung, gesundheitsrelevante Aspekte des Lebensstils und das Krankheitsverhalten. Während der erste Komplex einem »strukturell-materialistischen Ansatz« (Steinkamp 1993b, S.20) entspricht, bezeichnen die beiden anderen individuelle Verhaltensmuster, die jedoch schichtspezifisch unterschiedlich verteilt sind. Zum Krankheitsverhalten hinsichtlich der Inanspruchnahme professioneller Angebote sei empirisch und theoretisch von defizienten Formen der Inanspruchnahme in unteren sozio-ökonomischen Schichten der Bevölkerung auszugehen. Symptomaufmerksamkeit und präventive Einstellung, Korrelate individueller Zukunftsorientierung und langfristigen Planens der eigenen Lebensführung, könnten als mittelschichtspezifische Sozialisationsmuster gelten, während Unterschichtangehörige eher auf ad hoc-

Situationsbewältigung orientiert seien und daher vermehrt fatalistischen Krankheitstheorien zuneigten.

Siegrist (1989) unterscheidet drei Dimensionen, die von besonderer Bedeutung für Gleichheit bei Morbidität und Mortalität in entwickelten Industrieländern seien:

- gleiche Verfügbarkeit von »Health Resources« für unterschiedliche sozio-ökonomische Gruppen bei vergleichbarem Bedarf an Gesundheitsversorgung;
- gleiche Inanspruchnahme von »Health Resources« durch unterschiedliche sozio-ökonomische Gruppen bei vergleichbarem Bedarf an Gesundheitsversorgung;
- gleiche Belastung (»Exposure«) unterschiedlicher sozio-ökonomischer Gruppen mit Gesundheitsrisiken sowie physische und psychische Widerstandskraft (»Resistance«) gegenüber den Belastungen.

Um soziale Unterschiede bei Morbidität und Mortalität innerhalb eines Landes zu erklären, komme es auf weitestmögliche Separierung der Effekte dieser drei Bedingungen an. Da diese auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt seien (institutionell, gesellschaftlich, individuell), sei es schwierig, entsprechende Informationen auf sinnvolle Weise aufzubereiten. Siegrist kommt zu dem Resultat, daß in West-Deutschland der ungleichen Verfügbarkeit von Gesundheitsversorgung, wenn überhaupt, nur geringfügige Erklärungskraft zukomme.

Siegrist vermutet einen kumulativen Effekt ungenügenden Präventivverhaltens und ungleicher Belastung/Widerstandsfähigkeit, die zu den beobachteten Unterschieden führen. Er plädiert dafür, den sozioökonomischen Status als Indikator sozialer Ungleichheit in spezifischere und relevantere Komponenten herunterzubrechen. Im Zuge eines raschen sozialen Wandels, der mit Instabilität und Unsicherheit einhergehe, zeichnen sich seiner Auffassung nach insbesondere psychosoziale Ressourcen als gesundheitliche Determinanten sozialer Ungleichheit ab.

Siegrist und Mitarbeiter haben hierzu auf empirischer Basis ein eigenes Modell entwickelt. Dieses »Modell beruflicher Gratifikationskrisen« geht zunächst von einem Mißverhältnis zwischen hoher Arbeitsbelastung und niedriger eigener Statuskontrolle aus (Chancen einer Person, einen angestrebten sozialen Status einzunehmen, welcher Leistungs-, Belohnungs- und Mitgliedschaftsoptionen gewährt; Siegrist 1996, S.97). Hierdurch würden sozio-emotionale Belastungen verursacht, die sich insbesondere bei hoher Verausgabungsbereitschaft in pathophysiologische Veränderungen und damit letztlich z.B. in koronare Herzkrankheiten umsetzten. Ebenso wie »Job Strain« (Karasek/Theorell 1990) treten auch »Berufliche Gratifikationskrisen« vermehrt

bei unteren sozioökonomischen Gruppen auf (vgl. Siegrist 1985, 1991; Siegrist et al. 1990).

Gegenüber dem eher lerntheoretisch fundierten Modell von Karasek nimmt das »Modell beruflicher Gratifikationskrisen« u.a. auch anthropologische, motivations- und sozialisationstheoretische Komponenten sowie die hieran geknüpften Vergesellschaftungsprozesse in die Argumentation auf. Die in einer neuen Publikation (Siegrist 1996) umfassend entwickelte und begründete Theorie – einschließlich ihrer bisher erzielten Ergebnisse aus drei größeren empirischen Studien – bietet eine Erklärung des »sozialen Schichtgradienten kardiovaskulärer Morbidität an, soweit dieser auf distress-vermittelten Arbeitsbelastungen im frühen und mittleren Erwachsenenalter zurückgeführt werden kann« (ebd., S.117). Die Kombination von hohen Arbeitsanforderungen/-verausgabungen und niedriger eigener Statuskontrolle bzw. Gratifikationskrisen (mangelnde Anerkennung, Belohnung und Sicherheit des beruflichen Status) war empirisch mit physiologisch meßbaren Herzkreislaufisrisiken verbunden. Nach dem »Modell beruflicher Gratifikationskrisen« kann u.a. die ständige Erfahrung einer Enttäuschung von Reziprozitätserwartungen im sozialen Austausch zu einer Schwächung der Möglichkeiten der Selbstregulation führen.

Die »Hauptklärung« »materielle Bedingungen«, soweit ist bereits deutlich geworden, identifiziert den Verursachungsbereich zwar in plausibler Weise, ist wissenschaftlich jedoch noch zu grob, wirkt daher deterministisch und ist unter Zuhilfenahme weiterer theoretischer Komponenten und Vermittlungskategorien zu differenzieren, verfolgt man den Anspruch, die empirischen Befunde besser erklären zu wollen.⁴

Neben Anknüpfungen an sozialisationstheoretische Ansätze bieten sich hier besonders Ansätze der Streß-, Belastungs-, Bewältigungs- und der sozialen Unterstützungsforschung an (vgl. Hurrelmann 1988; Badura 1981, 1985). Letztere liefern Beiträge zur Soziogenese von Krankheit bzw. Gesundheit, behandeln das Individuum nicht als reines Objekt, sondern als Subjekt, das selber handelt (wodurch sie einem verkürzenden objektiven Determinismus entgegenwirken), sind allerdings in ihrem Bezug zur Sozialstruktur (der nicht ihr primäres Thema ist) ebenfalls noch auszudifferenzieren.

Eine andere Vermittlungskategorie bietet der Lebensstil-Ansatz an (vgl. z.B. Hradil 1994; Pientka 1994). »Das Konzept des gesundheitsrelevanten Lebensstils umfaßt die Dimensionen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, Einstellungen und dafür bedeutsame soziale Ressourcen. Gesundheitsrelevanter Lebensstil ist das Resultat komplexer Zusammenhänge zwischen diesen Dimensionen. Sozial abgrenzbare,

distinkte Personengruppen mit einem typischen gesundheitsrelevanten Lebensstil lassen sich anhand typischer Merkmalsprofile identifizieren« (Abel 1992, S. 125; vgl. Abel 1991). Gerhardt (1993) hält das Konzept für »geeignet, die Befunde zu erklären, daß unterschiedliche Morbiditäts- und Mortalitätsmuster bei unterschiedlichen Lebens- und Klassenlagen vorliegen« (ebd., S.76). Es besteht jedoch noch kein Konsens, wie gesundheitliche Lebensstile konzeptualisiert und operationalisiert werden können, ohne in der Regel zu reduktionistischen Varianten zu gelangen.⁵

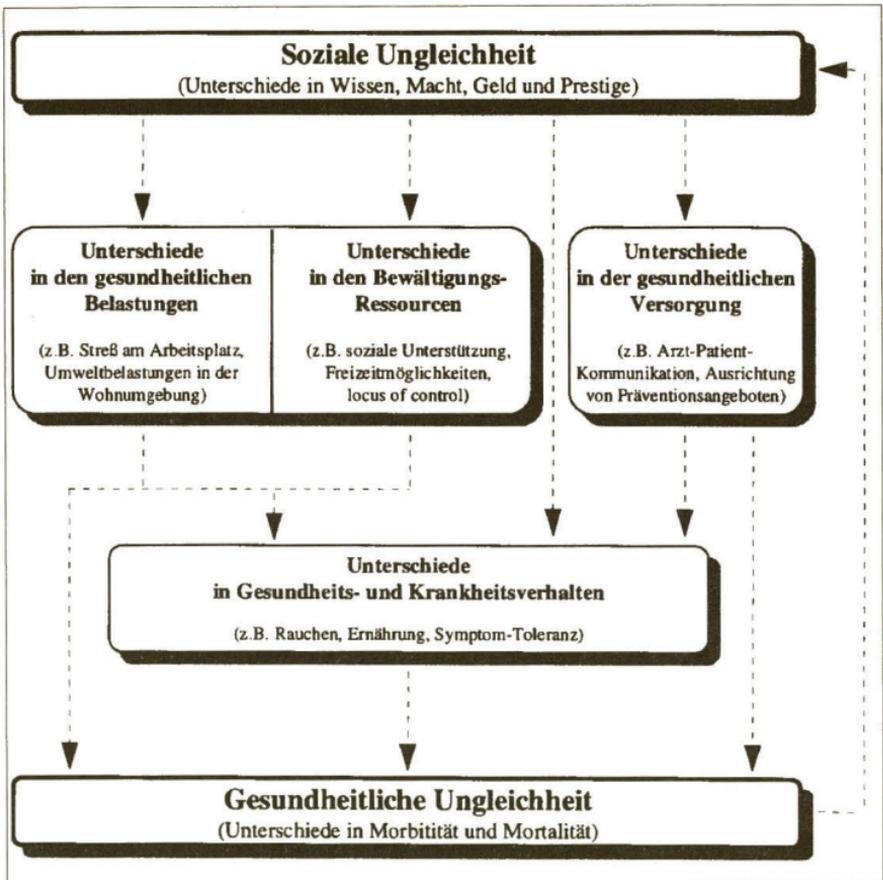
Zur Behebung von Unzulänglichkeiten der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung, der Steinkamp (1993a,b) vorwirft, mittels des Schichtkonstrukts ungleiche Lebensbedingungen unzureichend zu erfassen, unzulässig weite Kausalsprünge von der Makro- zur Individualebene vorzunehmen und die Zeitdimension zu vernachlässigen, hat dieser Autor den Versuch unternommen, ein allgemeines Modell für die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Krankheit zu entwerfen (vgl. Steinkamp/Borgers 1994). Der auf Arbeiten in der Sozialisationsforschung Bezug nehmende Vorschlag, Dimensionen auf drei verschiedenen Ebenen sozialer Realität auszudifferenzieren, zielt auf die Verbindung von Makroebene (z.B. Bündelungen von Soziallagen) und Mikroebene (Persönlichkeit, Organismus, Streßsymptome) in ihrer Veränderung im Zeitablauf. Zusätzlich wird eine Mesoebene eingeführt. Über die auf dieser Ebene angesiedelten sozialen Kontexte (»Partnerbeziehungen, Familien, Peer-groups, berufliche Arbeitsverhältnisse etc.«) entfaltet die »strukturell vermittelten ungleichen Vorgaben erst ihre Wirkung« (Steinkamp 1993a, S.115). Mit der Berücksichtigung dieser Analyseebene könne der »Brückenschlag« von der Makro- zur Individualebene gelingen, so daß »korrelative Befunde einer kausalen Interpretation zugänglich werden« (ebd.). Es handelt sich also um ein hierarchisches Mehrebenenmodell, bei dem »die jeweils höhere Ebene relevante Bedingungen für die anderen Ebenen« (Steinkamp 1993b, S.32) vorgibt. Soweit uns bekannt, ist es bisher noch nicht versucht worden, dieses Modell empirisch umzusetzen. Hierbei könnte u.E. – wie bei anderen Modellen verschiedener Soziallagen – die Schwierigkeit auftreten, eine so große Anzahl verschiedener Lagen zu konzeptionalisieren, daß das Problem der Unübersichtlichkeit aufträte.

Vom Grundgedanken her vergleichbar – hierarchisches Modell mit Ebenen von Vermittlungskategorien – ist unser Vorschlag eines Modells zur Systematisierung der Diskussion (siehe eine frühere Version in: Elkeles/Mielck 1993). Bei der Entwicklung dieses Modells auf der Basis unserer Literaturstudie gingen wir vom Begriff gesundheitliche

Ungleichheit aus und fragten nach seiner Verknüpfungen mit sozialer Ungleichheit. Das Modell erhebt nicht im engeren Sinne den Anspruch, einen eigenen theoretischen Ansatz darzustellen. Wir hielten jedoch die in der Literaturstudie vorgefundenen Beiträge und Ansätze für suboptimal untereinander verknüpft, so daß deren jeweilige Erklärungsmöglichkeiten u.E. nicht voll ausgeschöpft werden. Das Modell soll die vorhandenen Beiträge und Ansätze in einen sinnvollen Zusammenhang bringen.

Eine weiterentwickelte Version dieses Modells ist in Abbildung 1 wiedergegeben; es soll im folgenden erläutert werden. Das Modell entspricht dem Vorschlag von Steinkamp, eine vermittelnde ›Mesoebene‹ einzuführen. Analog geht auch unser Modell – allerdings nicht ausschließlich – von einem hierarchischen Beziehungsgefüge aus.

Abb. 1: Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



Im Unterschied zum Ansatz von Steinkamp enthält unser Modell jedoch keine Mikroebene mit der individuellen Realisierung von Streß- oder Krankheitsprozessen, sondern als Entsprechung sozialer Ungleichheit das strukturelle Problem ›gesundheitliche Ungleichheit‹. Auf der Vermittlungsebene werden in unserem Modell zudem nicht nur die Belastungen und Ressourcen, sondern auch die gesundheitliche Versorgung aufgeführt.

Ausgangspunkt in diesem Modell ist der Begriff ›soziale Ungleichheit‹, spezifiziert durch die klassischen Dimensionen Wissen, Geld, Macht und Prestige. Unter dem Begriff ›gesundheitliche Ungleichheit‹ verstehen wir (entsprechend den eingangs vorgestellten Definitionen) die gesellschaftlich nicht legitimierten gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen.

Konkrete Lebensbedingungen erleichtern oder erschweren es objektiv – weitgehend unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung oder Interpretation dieser Bedingungen – den Menschen gesund zu leben. Unterschiedlich verteilte gesundheitliche Belastungen und Gefährdungen stehen in Korrespondenz mit unterschiedlich verteilten Ressourcen zur Bewältigung gesundheitlicher Belastungen im Sinne des Streß-Konzepts.

Ebenso unterschiedlich sind auch die gesundheitlichen Ressourcen im Sinne des Salutogenese-Konzepts verteilt, also solche Mittel und Faktoren, die dazu beitragen, daß Menschen gesund sind und bleiben. Wichtigste personale Gesundheits-Ressource ist nach dem Konzept von Antonovsky (1987) der »Sense of Coherence« (Kohärenzerleben), der die Fähigkeit von Personen bezeichnet, Situationen verstehen und einordnen zu können und das eigene Leben gemäß selbstgesteckter Ziele handhaben zu können. Als Beispiel weiterer personaler Gesundheits-Ressourcen ist in der Abb. 1 der ›locus of control‹ aufgeführt.

»Unter dem Begriff ›locus of control‹ (Ort der Kontrolle) lassen sich zwei Konzepte zusammenfassen: Als ›internal locus of control‹ wird bezeichnet, wenn eine »Person grundsätzlich glaubt, sie habe ihr Schicksal selbst in der Hand, sie selbst entscheide mit ihrem Einsatz darüber, ob sie Ziele erreicht oder nicht« (Finke 1994, S. 193). Als ›external locus of control‹ wird bezeichnet, wenn eine Person hauptsächlich die Erwartung hat, »selbst wenig zur Zielerreichung beitragen zu können, so daß letztlich der Zufall, das Schicksal oder andere mächtige Menschen darüber bestimmen« (ebenda).

Empirisch zeigten sich in einer österreichischen repräsentativen Untersuchung Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und dem ›Sense of Coherence‹: vor allem Personen mit einer Häufung beruflicher

Belastungen hatten einen niedrigen ›Sense of Coherence‹; ein solcher stand deutlich mit schlechtem Gesundheitszustand in Zusammenhang (Blaschke et al. 1993). In einer schwedischen repräsentativen Untersuchung war der ›Sense of Coherence‹ signifikant höher, je besser der berufliche Status und das Einkommen waren (Larsson/Kallenberg 1996).

Die gesundheitliche Versorgung wurde in neueren deutschsprachigen Publikationen zur gesundheitlichen Ungleichheit u.E. häufig vernachlässigt, da gleiche Verfügbarkeit (bisher) sozialpolitisch gesichert schien. Zumindest sind jedoch Unterschiede in der Qualität von Prävention, Kuration und Rehabilitation zu berücksichtigen (vgl. Schardt 1986; Siegrist 1989; Schröder et al. 1990; Brenner et al. 1991). Sie konstituieren unterschiedliche Chancen für Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit.

Die hierarchische Anordnung in unserem Modell bedingt eine Betonung der Wirkungen unterschiedlicher Lebensbedingungen auch auf das Gesundheits- und das Krankheitsverhalten. Verhaltensweisen sind in der Regel individuell zwar variiert- und wählbar, empirisch hat sich jedoch gezeigt, daß sie sozialen Gradienten folgen. Gleichwohl läßt das Modell zu, auch eigenständige Wirkungen nachgeordneter Ebenen sowie Rückkopplungen zu berücksichtigen. Nach unserem Modell wird gesundheitliche Ungleichheit zwar hierarchisch durch alle oberhalb angeordneten Ebenen beeinflusst. Soziale Ungleichheit wirkt jedoch nicht direkt, sondern über mehrere Zwischenebenen, die ihrerseits jeweils durch soziale Ungleichheit beeinflusst sind. Hingegen werden die Zwischenebenen nicht vollständig durch soziale Ungleichheit erklärt, sondern sie können auch einen eigenständigen Einfluß auf die Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit ausüben. So sind z.B. Unterschiede bei gesundheitlichen Belastungen durch die Erwerbsarbeit oder durch die Wohnumgebung zum großen Teil präformiert durch Unterschiede in den zentralen Ungleichheitsdimensionen Wissen, Geld, Macht und Prestige. Sie können jedoch auch unabhängig von diesen sein (z.B. Unterschiede des Gesundheitsverhaltens in Gruppen mit ähnlichem Einkommen). Entsprechend soll das Modell auch nicht implizieren, daß gesundheitliche Ungleichheit ausschließlich durch soziale Ungleichheit entstehen kann, d.h. deterministisch von dieser abzuleiten wäre. Aus gesundheitlicher Ungleichheit wiederum kann ein Rückwirkungseffekt auf die ›Makroebene‹ sozialer Ungleichheit ausgehen. So kann chronische Krankheit (z.B. auch durch Stigmatisierung) Auswirkungen auf zentrale Dimensionen sozialer Ungleichheit haben, wie es die soziale Selektions- oder Drifthythese thematisiert.

Die Einbeziehung gesundheitsrelevanter Lebensstile als eine Vermittlungskategorie in das Modell (Gesundheits-, Krankheitsverhalten) ist einerseits dem Gegenstandsbereich sozialepidemiologischer Fragestellungen angemessen; andererseits steht die Kategorie auch für die Berücksichtigung von horizontalen, »neuen« Determinanten und Dimensionen der Ungleichheitsforschung, wie sie aus der Kritik an den schichtungssoziologischen Modellvorstellungen entwickelt wurden. »Weil sie ganz oder teilweise ›quer‹ zu den ›vertikalen‹, berufsvermittelten Ungleichheiten stehen, werden Ungleichheiten zwischen Mann und Frau, jung und alt, Kinderlosen und Kinderreichen, bevorzugten und benachteiligten Regionen, Kriegs-, Konsum- und Krisengenerationen, In- und Ausländern auch als ›horizontale‹ Ungleichheiten bezeichnet« (Hradil 1994, S. 383).

Die »alten« Muster vertikaler Ungleichheit, die im Zuge der Ausdifferenzierung der Ungleichheitsanalyse sowie im Zuge der Postmodernitäts-Diskussion schon obsolet geworden schienen, haben – dies zeigt die medizinsoziologische Forschung – für den Gesundheitsstatus nach wie vor hohe Erklärungskraft. Sie sind jedoch hinsichtlich der Vermittlungskategorien zu ergänzen. Weitere Differenzierungen bieten sich an, geprüft zu werden. Die Thematisierung von Werthaltungen, Einstellungen und Verhaltensmustern und ihres zum Teil nur losen Verknüpfungsgrades mit ›objektiven‹ Merkmalen sozialer Schicht oder sozialer Lage in der sozialen Ungleichheitsforschung (z.B. in Modellen von Milieus und Lebensstilgruppen) bringt die gewachsene Bedeutung zum Ausdruck, die vor dem Hintergrund der These von der Pluralisierung der Lebensformen dem subjektiven Denken und Handeln beigemessen wird. Gesundheitskonzepte, Krankheitsverhaltens- und -bewältigungsweisen von sozialen Gruppen und ihre Verknüpfung mit ›objektiven‹ Merkmalen sozialer Ressourcenausstattung könnten geeignet sein, zum einen die Differenzierungen der Sozialstruktur realitätsgerechter abzubilden und zum anderen auch differenziertere Erklärungen der Wirkungsmechanismen gesundheitlicher Ungleichheit zu erschließen.

Abschließend sei auf einen neueren empirischen Befund hingewiesen, der u.E. das Modell gut stützt. Ross/Wu (1995) haben anhand eines für US-amerikanische Haushalte repräsentativen Querschnitts- sowie eines Längsschnittdatensatzes den Einfluß von Bildung und ihren Erklärungsgehalt für den Gesundheitszustand untersucht. Die positive Assoziation als solche ist aus vielen Studien bekannt, ebenso die Wechselwirkung mit Beschäftigung und Einkommen. In dieser Studie hatten die gut Gebildeten einen höheren ›Sense of Control‹ über ihr Leben und ihre Gesundheit, ebenso wie ein höheres Niveau von sozialer Unterstützung. Ein großer

Teil der starken positiven Assoziation der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes als auch der physischen Leistungsfähigkeit mit der Bildung wurde statistisch durch Drittvariablen erklärt (Arbeits- und ökonomische Bedingungen, sozialpsychologische Ressourcen, gesundheitliche Lebensstile). Es blieb jedoch ein Teil »nicht erklärten« Effekte durch Bildung bestehen, also ein über indirekte Wirkungen hinausgehender direkter Bildungseffekt: dies ist gut kompatibel mit der Bedeutung, die den »alten« Dimensionen sozialer Ungleichheit in unserem Modell beigemessen wird. Die Autoren diskutieren, Bildung vermittele Wissen, Lern- und Problemlösungsfähigkeit, und zwar nicht nur durch in der Schule erlernte Fertigkeiten, sondern durch für das Arbeitsleben qualifizierende Fähigkeiten.

Aktuelle Ansätze zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit

Der status quo der sozioökonomischen Unterschiede im Gesundheitszustand wird häufig als »naturgegeben« hingenommen. Wenn eine Vergrößerung dieser Unterschiede jedoch droht oder sogar empirisch belegt werden kann, dann wird die Veränderbarkeit dieser Unterschiede häufig erst bewußt.

Dies ist vermutlich auch der Grund dafür, warum in den letzten Jahren vor allem in Großbritannien und in den Niederlanden mit erheblichem Aufwand untersucht wurde, ob gesundheitliche Ungleichheit verringerbare ist. Alarmiert durch die Ergebnisse aus mehreren empirischen Studien, daß in einigen westeuropäischen Staaten die gesundheitlichen Unterschiede seit den achtziger Jahren zugenommen haben, wurden die vorhandenen Informationen über Interventionsmöglichkeiten gesammelt und für die Fachöffentlichkeit aufbereitet (Benzeval et al. 1995; Gepkens/Gunning-Schepers 1995, 1996; The University of York 1995). Da diese gesundheitspolitische Diskussion noch relativ neu ist, beinhalten die Berichte nur wenige Hinweise auf konkrete Maßnahmen zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit. Auf einer allgemeineren Ebene wird jedoch kein Zweifel daran gelassen, daß eine Vielzahl von Maßnahmen denkbar ist. Die bisher in wissenschaftlichen Publikationen dargestellten Maßnahmen fassen Benzeval et al. (1995) wie folgt zusammen:

»Policies that attempt to strengthen individuals aim to change people's behaviour or coping skills through personal education and/or empowerment. (...) More sensitive interventions that combine education and support can give a positive effect on health of people in disadvantaged circumstances if they are carefully tailored to their needs and combined with action at other policy levels. (...)

Policies that aim to strengthen communities have either focused on strengthening their social networks or they have adopted a broader strategy that develops the physical, economic and social structure of an area. (...) Despite some success, however, efforts to strengthen individuals and communities have had a minimal impact on reducing inequalities in health. Much greater influence is possible at other policy levels. Some of the greatest gains in health in the past have resulted from improvements in living and working conditions« (ebd., S. XVIII).

In einer insgesamt 129 Titel umfassenden Evaluation von Literaturberichten über Effekte von Interventionen zur Reduzierung sozioökonomischer gesundheitlicher Ungleichheit (Gepkens/Gunning-Schepers 1995, 1996) zeigte sich, daß – bei allen bestehenden Schwierigkeiten, Effekte auf Grundlage der vorhandenen Maßnahmen, Messungen und Publikationen zu bewerten – strukturelle Maßnahmen vergleichsweise mehr zu den effektiveren gehörten. Die in der Literaturstudie häufig gefundenen US-amerikanischen Interventionen bezogen sich dabei mehr auf Maßnahmen, die bereits Bestandteil europäischer Gesundheitssysteme sind; die in sog. grauer Literatur gefundenen Interventionen bezogen sich mehrheitlich auf Healthy Cities-Projekte bzw. auf solche zur Verbesserung der Gesundheit von spezifischen deprivierten Gruppen.

Die hier thematisierten Maßnahmen sind im Grunde nichts anderes als das, was auch mit dem Konzept der Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta intendiert ist. In den Auseinandersetzungen über die Verabschiedung des Beitragsentlastungsgesetzes, das ursprünglich eine nahezu gänzliche Streichung des §20 SGB V (Prävention, Gesundheitsförderung) aus dem Leistungskatalog der Kassen vorsah, hat sich eine verhältnismäßig breite Front mobilisiert, die sich für den Erhalt bzw. eine zielgerichtete Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung stark gemacht hat. Zuvor war nur selten die politische Forderung zu vernehmen gewesen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten auch und vor allem Angehörige der unteren sozialen Schicht erreichen. Die Vernachlässigung dieser Personengruppe in der Gesundheitsförderung, wie auch die besondere Bedeutung von Gesundheitsförderung für die Verringerung ›gesundheitlicher Ungleichheit‹ (Kirschner et al. 1995; Siegrist 1995; Kirschner/Elkeles 1995), wird nur langsam zur Kenntnis genommen.

Eine Wende zeichnet sich hier durch eine Reihe von Fachtagungen zu ›Armut und Gesundheit‹ und durch die sogenannte ›Celler Erklärung‹ (1996) ab, die auf einer im Juni 1996 aus Anlaß des zehnjährigen Bestehens der Ottawa-Charta durchgeführten Tagung zur Gesundheitsförderung formuliert wurde. Angesichts des in Deutschland nach wie

vor Ausstehens »nennenswerter sozialkompensatorischer Programme, die die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen verbessern« und einer »derzeitigen Vergrößerung sozialer Unterschiede bei der Verteilung von Krankheitsrisiken« wird gewarnt: »Die Ausklammerung von Präventionsaktivitäten aus der solidarischen Krankenversicherung wird diese Unterschiede weiter verschärfen« (ebd., S.11).

Bekanntlich konnte weder die weitgehende Streichung des § 20 SGB V – als eines potentiellen Ansatzes zu einem »sozialkompensatorischen« Programm – noch das im Rahmen des sog. Sparpakets verabschiedete Beitragsentlastungsgesetz verhindert werden, das Versicherte und Patienten erheblich mehr mit Zuzahlungen und anderen Maßnahmen belastet, die tendenziell die gesundheitliche Ungleichheit durchaus noch erhöhen können. Ein »Achtungserfolg« gelang jedoch mit der Durchsetzung von Bestimmungen im neuen § 20, die den Erhalt von betrieblicher Gesundheitsförderung (Abs. 1) und Selbsthilfeförderung (Abs. 3) ermöglichen.

Gerade die betriebliche Gesundheitsförderung bietet Ansatzmöglichkeiten bei relevanten Einflößbereichen gesundheitlicher Ungleichheit (Oppolzer 1994). Die Krankenkassen dürfen Maßnahmen hier in Zukunft nur noch in Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaften unterstützen. Ob von diesen eine gleich hohe Innovationsbereitschaft, wie sie in den vergangenen Jahren von den Krankenkassen im Rahmen ihrer Vorbereitung auf den Kassenwettbewerb immerhin entwickelt wurde, erwartet werden kann, mag man skeptisch beurteilen. Umso mehr wird es daher darauf ankommen, ob die neuen gesetzlichen Möglichkeiten offensiv genutzt werden. Diese sehen vor, daß die Krankenkassen die Berufsgenossenschaften »über Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben« (§ 20 [1]), unterrichten. Eine solche Verpflichtung sah zwar auch schon der alte § 20 SGB V zur Gesundheitsförderung vor. Da die Nutzung dieser Bestimmung aber nun zum politischen Nadelöhr wird, überhaupt eine Legitimität zur Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung zu erlangen, bieten sich hier Ansatzmöglichkeiten für engagierte Gesundheitsförderer, die bei den Kassen entwickelten Instrumentarien zur Identifizierung von Problemschwerpunkten und Belastungen zu nutzen und damit einen international recht einmalig gegebenen gesetzlichen Ansatzpunkt zur Verringerung »gesundheitlicher Ungleichheit« weiterzuentwickeln. Insgesamt bildet dieser Ansatzpunkt allerdings nur einen schwachen Trost ob der Verschlechterung der allgemeinen gesundheitspolitischen Bedingungen, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern.

Anmerkungen

- 1 Um routinemäßig Informationen über »gesundheitliche Ungleichheit« zu sammeln und auszuwerten, hat die vom US-amerikanischen Bundesgesundheitsamt (National Institutes of Health) geförderte Konferenz »Measuring Social Inequalities in Health« (28.-30.9.1994) einen Empfehlungskatalog verabschiedet, der in den US-amerikanischen Gesundheitssurveys und amtlichen Datenerhebungen in Zukunft berücksichtigt werden soll (Recommendations 1996). Von einem solchen Impuls ist in der offiziellen deutschen »Gesundheitsberichterstattung« wenig zu verspüren.
- 2 Die Berechnung von Mortalitätsraten pro Berufsklasse (wie in Großbritannien routinemäßig durchgeführt) ist z.B. mit dem methodischen Problemen behaftet, daß Zähler (Anzahl der Verstorbenen pro Berufsklasse) und Nenner (Gesamtzahl der Beschäftigten pro Berufsklasse) aus unterschiedlichen Quellen stammen (Todesbescheinigungen bzw. Zensus-Daten).
- 3 Es wurde z.B. häufig gezeigt, daß kardiovaskuläre Risikofaktoren (Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel etc.) besonders bei Personen mit geringerem sozioökonomischen Status verbreitet sind. Es wird jedoch in der Literatur darauf hingewiesen, daß dieser Erklärungsansatz nur einen Teil der sozioökonomischen Mortalitäts- und Morbiditätsunterschiede erklären kann, da z.B. ähnliche Unterschiede im Gesundheitszustand auch bei Nichtrauchern gefunden werden.
- 4 Gerhardt (1987) kam in einem Beitrag, der sich kritisch mit dem Verhältnis von Hypothesen und empirischen Befunden in der Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit befaßte, zu der Wertung, »daß eine soziologisch befriedigende Deutung der dokumentierten Schichtunterschiede bisher nicht geleistet wurde« (ebd., S. 414). Die Datenlage hat sich inzwischen allerdings so verbessert, daß eine solche unbefriedigende Deutung nicht mehr primär als »eine Folge des begrenzten Aussagecharakters der dabei verwandten Daten« (ebd., S. 414f) und, so die Kritik von Gerhardt, mangelnder Reflexion deren Verwendungszusammenhangs anzusehen ist. Für einen ausführlicheren Überblick über vorhandene Erklärungsansätze vgl.: Elkeles/Mielck (1993).
- 5 Die Kritik an der Variante der Risikofaktorenmedizin (vgl. Abholz et al. 1982) kann hier als bekannt vorausgesetzt werden.

Literaturverzeichnis

- Abel, Thomas (1991): Measuring Health Life-Styles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings. *Social Science & Medicine* 32, 8: 899-908.
- Abel, Thomas (1992): Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. *Prävention* 15, 4: 123-128.
- Abholz, Heinz-Harald (1976) (Hg.): Krankheit und soziale Lage – Befunde der Sozial-epidemiologie. Frankfurt: Campus.
- Abholz, Heinz-Harald (1981): Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung – Ein Literaturüberblick unter besonderer Berücksichtigung der Literatur aus Großbritannien und den USA. In: Hauß et al. (1981), S. 64-93.
- Abholz, Heinz-Harald; Borgers, Dieter; Karmaus, Wilfried, Korporal; Johannes (Hg.) (1982): Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse. Berlin: Walter de Gruyter.
- Antonovsky, Aaron (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

- Badura, Bernhard (1981): Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: Badura, Bernhard (Hg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt: Suhrkamp, S. 13-39.
- Badura, Bernhard (1985): Zur Soziologie der Krankheitsbewältigung. Oder: Das emotionale Defizit soziologischer Handlungstheorie. Zeitschrift für Soziologie 14, 5: 339-348.
- Beck, Ulrich (1983): Jenseits von Klasse und Stand? In: Kreckel, Reinhard (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwarz, S. 35-74.
- Benzeval, Michaela; Judge, Ken; Whitehead, Margeret (Hg.) (1995): Tackling inequalities in health: an agenda for action. London: King's Fund.
- Blane, David; Davey Smith, George; Bartley, Mel (1990): Social class differences in years of potential life lost: size, trends and principal causes. British Medical Journal 301 (1990): 429-432.
- Blane, David; Davey Smith, George; Bartley, Mel (1993): Social selection: what does it contribute to social class differences in health? Sociology of Health and Illness 15, 1: 1-15.
- Blaschke, Sabine; Müller, Karl H.; Schienstock, Gerd (1993): Sozialer Survey 1993. Bereich Gesundheit, Endbericht, Teil I + II. Institut für Höhere Studien, Wien.
- BMA (Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung) (Hg.) (1987): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung. Forschungsbericht Bd. 155, Schriftenreihe Gesundheitsforschung. Bonn: Eigenverlag.
- BMA (Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung) (Hg.) (1990): Gesundheitliche Versorgung: Inanspruchnahme und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Forschungsbericht Bd. 201, Schriftenreihe Gesundheitsforschung. Bonn: Eigenverlag.
- Brenner, Hermann; Mielck, Andreas; Klein, Roland; Ziegler, Hartwig (1991): The role of socioeconomic factors in survival of patients with colorectal cancer in Saarland/W-Germany. Journal of Clinical Epidemiology 44, 8: 807-815.
- Buhr, Petra; Gerhardt, Uta; Leibfried, Stefan; Trojan, Alf (Hg.) (1989): Strukturen und Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung. Zeitschrift für Sozialreform 35, 11/12.
- Buhr, Petra; Gerhardt, Uta; Leibfried, Stephan; Trojan, Alf (Hg.) (1990): Strukturen und Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung. Zeitschrift für Sozialreform 36, 3/4.
- Celler Erklärung zur Gesundheitsförderung (1996): Gesundheit für alle statt Privatisierung von Krankheitsrisiken! impulse (Hg.: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.), Heft 12, 3.Quartal 1996/September, S. 11-12.
- Davey Smith, George; Blane, David; Bartley, Mel (1994): Soziale Klasse und Mortalitätsunterschiede: Diskussion der Erklärungsansätze in Großbritannien. In: Mielck (1994a), S. 425-451.
- Elkeles, Thomas; Mielck, Andreas (1993): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Nr. P93-208. Berlin.
- Enquete-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (1990): Endbericht, Bd. 1 und 2 (hg. vom Deutschen Bundestag). Bonn: Eigenverlag.
- Eßer, Peter (1994): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung: Erfahrungen aus einem Forschungsverbund. In: Mielck, A. (1994a), S. 167-177.

- Finke, Gisela (1994): Persönlichkeit. In: Pöppel, Ernst; Bullinger, Monika; Härtel, Ursula (Hg.) (1994): Medizinische Psychologie und Soziologie. London: Chapman & Hall, S. 184-198.
- Fox, A.J.; Goldblatt, P.O.; Jonres, D.R. (1985): Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances? *Journal of Epidemiology and Community Health* 39: 1-8.
- Fuchs, Judith (1995): Beeinflußt Einkommen die Gesundheit? Analysen mit Daten des Sozio-Ökonomischen Panels. *Das Gesundheitswesen* 57: 746-752.
- Geißler, Rainer (1996): Kein Abschied von Klasse und Schicht. Ideologische Gefahren der deutschen Sozialstrukturanalyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48, 2: 319-338.
- Gepkens, Annemieke; Gunning-Schepers, Louise J. (1995): Interventions to reduce socio-economic health differences. University of Amsterdam, Institute of Social Medicine. Amsterdam.
- Gepkens, Annemieke; Gunning-Schepers, Louise J. (1995): Interventions to reduce socio-economic health differences. A review of the international literature. *European Journal of Public Health* 6: 218-226.
- Gerhardt, Uta (1987): Soziologische Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Probleme der theoretischen Rekonstruktion empirischer Befunde. In: Giesen, Bernd, Haferkamp, Hans (Hg.) (1987): *Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 393-426.
- Gerhardt, Uta (1993): Lebensweisen und Gesundheitsorientierungen: Methodologische Probleme. In: Gawatz, Reinhard; Novak, Peter (Hg.) (1993): *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte*. Ulm: Universitätsverlag, S. 73-97.
- Grotjahn, A. (1912): *Soziale Pathologie*. Berlin: Verlag August Hirschwald.
- Grünauer, Fritz; Jahn, Erwin; Lenke, Hans-Helmut; Schäfer, Thomas; Wilpert, Czarina (1979): Untersuchungen zur Schichtenspezifität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Krankheitsverläufe in der sozialen Krankenversicherung. *Forschungsbericht Bd. 21, Schriftenreihe Gesundheitsforschung*, hg. von: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Bonn: Eigenverlag.
- Hauß, Friedrich; Naschold, Frieder; Rosenbrock, Rolf (wiss. Bearb.) (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. *Forschungsbericht Bd. 55, Schriftenreihe Gesundheitsforschung*, hg. von: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Bonn: Eigenverlag.
- Helmert, Uwe; Mielck, Andreas; Classen, Elvira (1992): Social inequities in cardiovascular disease risk factors in East and West Germany. *Social Science & Medicine* 35, 10: 1283-1292.
- Hoffmeister, Hans; Hüttner, Hans (1995): Die Entwicklung sozialer Gradienten in den Nationalen Gesundheitssurveys 1985-1991. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft (»Armut und Gesundheit«)*, S. 113-129.
- Hradil, Stefan (1983): Die Ungleichheit der »Sozialen Lage«. Eine Alternative zu schichtungsoziologischen Modellen sozialer Ungleichheit. In: Kreckel, Reinhard (Hg.): *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwarz, S. 101-118.
- Hradil, Stefan (1987): *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus*. Opladen: Leske & Budrich.
- Hradil, Stefan (1994): Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie. In: Mielck (1994a), S. 375-392.
- Hurrelmann, Klaus (1988): *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim, München: Juventa.

- Karasek, Robert; Theorell, T. (1990): *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Karisto, Antti (1993): Socio-economic morbidity trends among the economically active: the development in Finland 1964-1987. In: Erikson, R.; Hansen, E.J.; Ringen, S.; Uusitalo, H. (eds.) (1993): *Welfare trends in the Scandinavian countries*. Armonk/New York: ME Sharpe, S. 163-180.
- Kirchgäßler, Klaus-Uwe (1990): Health and Social Inequities in the Federal Republic of Germany. *Social Science & Medicine* 31, 3: 249-256.
- Kirschner, Wolf; Elkeles, Thomas (1995): Präventionsanalyse. Gesundheitsrisiken, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen der Bevölkerung Sachsen-Anhalts im Jahr 1995. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Magdeburg.
- Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael; Kirschner, Renate (1995): §20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. St. Augustin: Asgard.
- Kreckel, Reinhard (1992): *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Frankfurt: Campus.
- Labisch, Alfons; Tennstedt, Florian (1991): Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871-1945). In: Elkeles, T.; Niehoff, J.U.; Rosenbrock, R.; Schneider, F. (Hg.): *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990*. Berlin: edition sigma, S. 13-28.
- Lahelma, Eero; Karsto, Antti; Rahkonen, Ossi (1996): Analysing inequalities. The tradition of socioeconomic public health research in Finland. *European Journal of Public Health* 6 (1996): 87-93.
- Larsson, Gerry; Kallenberg, Kjell O. (1996): Sense of Coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelations in a nation-wide Swedish sample. *European Journal of Public Health* 6: 175-180.
- Marmot, Michael; McDowell, M. (1986): Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet*, ii: 274-276.
- Mielck, Andreas (1991): Soziale Schicht und Krankheit: Forschungsstand in der Bundesrepublik (alte Länder). *Argument-Sonderband 193, Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 16: Das Risiko zu erkranken. Hamburg: Argument, S. 35-52.
- Mielck, Andreas (Hg.) (1994a): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske & Budrich.
- Mielck, Andreas (1994b): »Gesundheitliche Ungleichheit« als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik. In: Mielck (1994a), S. 13-31.
- Mielck, Andreas (1995): Soziale Ungleichheit. Anfänge und Entwicklung eine »Sozialen Medizin«, die sich mit sozialen Ungleichheiten bei Krankheit und Tod beschäftigt. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 71: 1338-1344.
- Mielck, Andreas; Helmert, Uwe (1994): Krankheit und Soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland. In: Mielck (1994a), S. 93-124.
- Mielck, Andreas; do Rosário Giraldes, Maria (eds.) (1993): *Inequalities in Health and Health Care. Review of Selected Publications from 18 Western European Countries*. Münster/New York: Waxmann Verlag.
- Mielck, Andreas; Satzinger, Walter; Helmert, Uwe (1995): Gesundheitspolitische Reaktionen in der Bundesrepublik Deutschland auf das Problem »Armut und Gesundheit«. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2. Beiheft (»Armut und Gesundheit«), S. 39-53.

- Mosse, M.; Tugendreich, G. (Hg.) (1981): Krankheit und soziale Lage. Göttingen: Verlag Jürgen Cromm – Wisomed (erste Ausgabe 1913).
- Oppolzer, Alfred (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck (1994a), S. 125-165.
- Pappas, Gregory; Queen, Susan; Hadden, Wilbur; Fisher, Gail (1993): The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the united States, 1960 and 1986. *The New England Journal of Medicine* 329, July 8: 103-109.
- Pientka, Ludger (1994): Gesundheitliche Ungleichheit und das Lebensstilkonzept. In: Mielck (1994a), S. 393-409.
- Power, Chris (1994): Health and social inequality in Europe. *British Medical Journal* 308 (1994): 1153-1156.
- Recommendations of the Conference »Measuring Social Inequalities in Health« (1996): *International Journal of Health Services* 26, 3: 521-527.
- Ross, Catherine E.; Wu, Chia-ling (1995): The links between education and health. *American Sociological Review* 60: 719-745.
- Schardt, Thomas (1986): Arbeiterleben und gesundheitliche Versorgung. Zur Theorie und Praxis sozialer Ungleichheit in der Bundesrepublik. Berlin: Springer.
- Scharf, Bodo (1978): Die Ungleichheit der Gesundheitschancen im Sozialstaat. Überlegungen zur Schichtenspezifität von Gesundheitsrisiken und Versorgungsdisparitäten im Gesundheitswesen. *WSI-Mitteilungen* 5: 252-261.
- Schelsky, Helmut (1965): Auf der Suche nach Wirklichkeit. Gesammelte Aufsätze. Düsseldorf: Diederichs.
- Schräder, Wilhelm F.; Häussler, Bertram; Preiser, Klaus (1990): Soziale Ungleichheit und Medizinische Versorgung. In: BMA (1990), S. 129-204.
- Siegrist, Johannes (1985): Berufliche Statusbedrohung und Leiden an der Gesellschaft. In: Deppe, Hans-Ulrich; Gerhardt, Uta; Novak, Peter (Hg.): *Medizinische Soziologie. Jahrbuch 4*. Frankfurt/New York, S. 145-166.
- Siegrist, Johannes (1989): Steps towards Explaining Social Differentials in Morbidity: The Case of West Germany. In: Fox, John (Hg.) (1989): *Health Inequalities in European Countries*. Aldershot: Gower, S. 353-371.
- Siegrist, Johannes (1991): Contributions of Sociology to the Prediction of Heart Disease and their Implications for Public Health. *European Journal of Public Health* 1: 10-21.
- Siegrist, Johannes (1995): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2. Beiheft (»Armut und Gesundheit«), S. 54-63
- Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. *Reihe Gesundheitspsychologie*, Bd. 5, Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, Johannes; Peter, Richard; Junge, Astrid; Cremer, Peter; Seidel, Dieter (1990): Low Status Control, High Effort at Work and Ischemic Heart Disease: Prospective Evidence from Blue-Collar-Men. *Social Science & Medicine* 31, 10: 1127-1134.
- Steinkamp, Günther (1993a): Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung. Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Sozial- und Präventivmedizin* 38: 111-122.
- Steinkamp, Günther (1993b): Soziale Lage, Krankheit und Lebenserwartung. Kritik und Perspektiven sozialepidemiologischer Ungleichheitsforschung. *Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien Nr. 6*, hg. von Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld.

- Steinkamp, Günther; Borgers, Dieter (1994): Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. In: Schwenkmezger, Peter; Schmidt, Lothar R. (Hg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke, S. 133-147.
- The University of York, NHS Centre for Reviews & Dissemination (Hg.) (1995): Review of the research on the effectiveness of health service interventions to reduce variations in health. York.
- Valkonen, T. (1992): Trends in regional and socio-economic mortality differentials in Finland. *International Journal of Health Services* 22, 3: 157-166.
- Weber, Ingbert (1987): Soziale Schichtung und Gesundheit. In: Geißler, Rainer (Hg.) (1987): Soziale Schichtung und Lebenschancen. Stuttgart: Enke, S. 162-182.
- Wilkinson, Richard G. (1994): Divided we fall. The poor pay the price of increased social inequality with their health. *British Medical Journal* 308: 1113-1114.