

Richard Pawson

Gesundheit und Materieller Wohlstand: Eine Analyse von Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung Englands

I. Einleitung

Der folgende Beitrag analysiert die Debatte über Ungleichheiten des Gesundheitszustandes in England. Er faßt die Ergebnisse von Untersuchungen der letzten Jahre zusammen, die den Zusammenhang von Gesundheitszustand und sozialer Lage betreffen. Unter anderem untersuchten diese Studien die Beziehungen zwischen dem Mortalitätsrisiko und sozialer Lage, Einkommen, Ernährung, Schicht und Wohnsituation. Der Black-Report¹, der im Jahr 1980 veröffentlicht wurde, benannte beträchtliche regionale Disparitäten im Gesundheitszustand der Bevölkerung und legte nahe, daß Unterschiede des Gesundheitszustandes in bezug auf die soziale Lage zunehmen². Die Empfehlungen des Black-Reports wurden von der Regierung nicht umgesetzt, aber der Report initiierte eine intensive Debatte über Gesundheit und soziale Ungleichheiten. Es wurden in der Folge Forschungsvorhaben durchgeführt, um den Zusammenhang von Gesundheit und Armut weiter zu untersuchen. Der größte Teil dieser Untersuchungen wurde in der Veröffentlichung »The Health Divide« im Jahre 1987 analysiert³. In diesem Bericht wurden die Ergebnisse des Black-Reports bestätigt und erneut die Notwendigkeit einer gezielten Sozialpolitik betont, um die Armut zu beseitigen. Auch wurde gefordert, daß mehr Gewicht auf die Gesundheitsförderung statt auf die kurative Medizin zu legen sei. Zehn Jahre später scheint der Black-Report mehr ein Dokument des allgemeinen Konsenses als der Kontroverse. Kürzlich beklagte sich die medizinische Presse⁴ über den mangelnden Fortschritt in dieser Frage und betonte, daß die Empfehlungen des Black-Reports immer noch von besonderer Relevanz sind.

Die auf internationaler Ebene durch die Weltgesundheitsorganisation begonnene Initiative »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«, welche sich besonders auf die Beseitigung von Ungleichheiten des Gesundheitszustandes richtet, hatte in England wenig Einfluß. Die Healthy City-Bewegung versucht kommunale Ungleichheiten zu

beseitigen, aber sie wird ohne eine unterstützende nationale Politik wenig Einfluß auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung nehmen können.

II. Die verschiedenen Aspekte von Ungleichheit

Mortalität und berufliche Schicht

Ärmere soziale und berufliche Schichten (occupational classes) weisen durchgängig sowohl für Frauen als auch für Männer höhere Mortalitätsraten auf. In den Abbildungen (vgl. Abb. 1 u. 2 am Ende des Textes) zeigt sich ein steil ansteigender Gradient der standardisierten Mortalitätsrate (SMR) von Schicht 1 nach Schicht 5 (siehe Anmerkung 2 für die Erklärung des Schichtmodells). Die standardisierte Mortalitätsrate zeigt den Unterschied des Mortalitätsrisikos gegenüber dem Durchschnitt – eine SMR von unter 100 das entsprechend niedrigere, eine SMR von über 100 das entsprechend höhere Risiko. Männer im Alter von 20-64 Jahren in der Schicht 5 zeigen z.B. eine SMR von 165 und damit ein doppelt so hohes Risiko wie Männer der Schicht 1 mit einer SMR von 66⁵. Dieses Muster des Mortalitätsrisikos beginnt mit der Geburt und setzt sich bis ins hohe Alter fort. Die Säuglingssterblichkeit ist für untere Sozialschichten wesentlich höher. Bei Männern über 65 Jahren liegt das Mortalitätsrisiko im Vergleich von Schicht 5 und 1 um 50 % höher⁶. Diese Ungleichheiten können durch das folgende Beispiel verdeutlicht werden⁷: »Wenn die altersspezifischen Differenzen des Mortalitätsrisikos über alle Altersstufen addiert werden, bewirken sie einen Unterschied in der Lebenserwartung von Sozialschicht 1 zu 5, der 7 Jahre beträgt.« Die Lebenserwartung in höheren Sozialschichten ist somit wesentlich günstiger.

Viele andere Studien haben ähnliche oder noch größere Unterschiede des Mortalitätsrisikos aufgezeigt. Die Whitehall-Studie⁸ beobachtete über ein Jahrzehnt eine Kohorte von Angehörigen des Öffentlichen Dienstes verschiedener Ausbildungs- und Gehaltsstufen. Die Mortalitätsrisiken von höchster und niedrigster Stufe unterschieden sich um 300 %. Die Mortalität war für alle Todesursachen in der untersten Stufe höher, mit Ausnahme urogenitaler Erkrankungen.

Neuere Forschungsergebnisse zeigen, daß solche Unterschiede auch noch innerhalb der Mittelklasse nachzuweisen sind: Personen mit Hauseigentum und zwei Autos – als Indikator für Wohlstand –

haben eine geringere Mortalität als solche mit einem Auto⁹. Dies betont erneut die Tatsache, daß die englische Gesellschaft in feinsten Abstufung von oben nach unten aufgeteilt ist¹⁰.

Säuglingssterblichkeit und soziale Schicht

Der Zusammenhang von niedriger Sozialschicht und höherer Säuglingssterblichkeit ist eindeutig. Die Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Säuglingssterblichkeit über die Schichten 1 bis 5. Höhere Sozialschichten weisen – konsistent über die Jahre – niedrigere Mortalitätsraten auf. Die Säuglingssterblichkeit in Familien mit Vätern, die ungelernete Arbeiter sind, war um 70 % höher als in Akademikerfamilien¹¹. Die Höhe der Säuglingssterblichkeit eines Landes wird als guter Indikator des Lebensstandards und des Niveaus der Gesundheitsversorgung angesehen (vgl. Abb. 3 am Ende des Textes). England sank auf der europäischen Skala der Säuglingssterblichkeit zwischen 1966 und 1984 vom 7. auf den 9. Platz¹². Schottland und Nordirland blieben jeweils auf dem 10. bzw. 11. Platz stehen. Die Ziffern für die perinatale Mortalität sehen im Vergleich zum anderen Europa schlecht aus. Außerdem sind die Unterschiede zwischen Regionen und sozialen Schichten in England größer¹³. Die Ungleichheit zwischen arm und reich in bezug auf die postneonatale Mortalität hat sich in den letzten Jahren vermindert – ein Punkt auf den später noch eingegangen wird.

Die häufigsten Todesursachen

Der beschriebene soziale Gradient der Mortalität beschränkt sich nicht auf ein oder zwei Krankheiten, sondern findet sich bei sehr verschiedenen Todesursachen. Marmot und Macdowell¹⁴ belegten für die häufigsten Todesursachen (Lungenkrebs, ischämische Herzkrankheit und zerebrovaskuläre Erkrankungen), daß Arbeiter ein beträchtlich höheres Risiko aufweisen als Angestellte. In der Altersgruppe von 20-54 Jahren ist zum Beispiel das Mortalitätsrisiko für Lungenkrebs bei Arbeitern doppelt so hoch wie bei Angestellten. In dieser Altersgruppe ist für alle drei genannten Todesursachen ein vorzeitiger Tod aufgrund dieser Krankheiten bei Arbeitern viel häufiger.

In einer Studie von Townsend¹⁵ wurde die Mortalität für eine ganze Reihe von Krankheiten im Vergleich von Schicht 1 und 2 zu Schicht 4 und 5 untersucht. Bei Männern waren die Raten für 65 von 78 Krankheiten in Schicht 4 und 5 höher als in Schicht 1 und 2. Nur

für eine Todesursache war der gegenteilige Trend sichtbar, nämlich für das maligne Melanom, was möglicherweise auf Unterschiede in der Sonnenlicht-Exposition zurückzuführen ist. Bei Frauen waren für 62 von 82 Krankheiten die SMR's in Schicht 4 und 5 höher als in Schicht 1 und 2. Nur bei vier Todesursachen war der umgekehrte Trend sichtbar: beim malignen Melanom, beim Brustkrebs, beim Hirntumor sowie bei der chronischen Leukämie. Insofern ist es unsinnig in England von »Wohlstandskrankheiten« zu sprechen, da fast alle wichtigen Krankheiten bei Armen häufiger vorkommen als bei Reichen. »Der Zusammenhang von sozialer Deprivation und Krankheit ist universell ... er ist nicht auf wenige Krankheiten mit spezifischen beruflichen oder sozialen Faktoren beschränkt«¹⁶.

Morbidität und berufliche Schicht

Ebenso wie die Mortalität ist für Menschen der unteren beruflichen Schichten auch das Krankheitsrisiko größer als bei Menschen der höheren Berufsschichten. Blaxter¹⁷ argumentiert, daß Unterschiede in der Morbidität in einer Epoche mit hoher Lebenserwartung und Vorherrschen von degenerativen Erkrankungen wahrscheinlich einen wichtigeren Indikator sozialer Ungleichheit als die Mortalität darstellen. Die Allgemeine Haushaltsumfrage (General Household Survey), ein jährlich im Auftrag der Regierung durchgeführter Survey, enthält Informationen zum Gesundheitszustand der Befragten. Im Jahre 1987 zeigten die Antworten in den unteren Berufsschichten häufiger »einschränkende chronische Krankheit« als in den höheren Berufsschichten. Wenn man diese Morbiditätsraten nach Altersgruppen gliedert, zeigt sich, daß die Unterschiede in den mittleren Altersgruppen – zwischen 15 u. 45 Jahren – am größten sind. Dies bedeutet, daß sich der Gesundheitszustand von Menschen der unteren Berufsschichten schnell, nämlich schon in den mittleren Jahren verschlechtert. Dies wird in dem Buch »Health Divide« so formuliert: »Krankheiten zeigen sich früher oder später bei den meisten Menschen, aber je schlechter es jemandem geht, desto eher wird er von Krankheit erfaßt«¹⁸. So existieren viele Indikatoren eines schlechten Gesundheitszustandes, die alle einen konsistenten Zusammenhang mit den unteren Sozialschichten aufweisen: niedriges Geburtsgewicht, geringes Längenwachstum, Übergewicht und schlechte Überlebensraten bei bedrohlichen Krankheiten.

Mortalität und Morbidität im Vergleich von Männern und Frauen

Die Ursachen für Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen sind nicht genau bekannt. Das Thema der Ungleichheit zwischen Männern und Frauen ist aber dennoch relevant für die allgemeine Debatte. Denn wenn Umweltfaktoren und soziale Ursachen dafür verantwortlich sind, ließen sich hieraus Hinweise für eine generelle Verbesserung der Lebenserwartung gewinnen. Es gibt eine längere Debatte darüber, ob diese Unterschiede biologisch und angeboren oder auf soziale Ursachen zurückzuführen sind. Einer der besten Hinweise, daß diese Unterschiede biologisch bedingt sein könnten, läßt sich aus der Tatsache ableiten, daß weibliche Kinder schon vor der Geburt eine bessere Überlebenschance haben. In manchen Ländern der Dritten Welt jedoch ist dieser Geschlechtsunterschied genau umgekehrt. In vielen dieser Gesellschaften übernehmen die Frauen die Mehrzahl der Arbeiten.

In England und Wales ist die Mortalität in allen Altersgruppen bei Männern höher als bei Frauen. Die Lebenserwartung von Frauen beträgt 77 Jahre und die von Männern 71 Jahre¹⁹. Die Verteilung auf die Todesursachen ist zwischen Männern und Frauen sehr unterschiedlich. Im Jahre 1985 waren z.B. in der Altersgruppe 1 bis 14 Jahre 40 % der Todesfälle bei Jungen auf Unfälle zurückzuführen, während es bei Mädchen nur 26 % waren. Im mittleren Lebensalter sind Herz-Kreislaufkrankungen die häufigste Todesursache bei Männern, während bei Frauen Krebs die häufigste Todesursache ist²⁰.

Die Morbidität ist bei Frauen im allgemeinen höher als bei Männern. Die Ergebnisse des General Household Survey von 1987 weisen entsprechend für Frauen höhere Krankheitsraten als für Männer auf. Dieser generelle Sachverhalt verdeckt jedoch das komplexere Verhältnis von Morbidität bei Frauen und Männern. In manchen Altersgruppen, z.B. zwischen 21 u. 25 Jahren, sind Frauen weniger häufig von schweren Krankheiten betroffen als Männer²¹. Dabei sind die Raten für Frauen in den einzelnen Berufsschichten sehr unterschiedlich. Die Berufstätigkeit von Frauen scheint einen von der Berufsschicht abhängigen unterschiedlichen Einfluß zu haben. Für Frauen aus der Mittelklasse mit Kindern ist eine »bezahlte Beschäftigung« mit geringer Morbidität verbunden, während für Frauen aus den Arbeiterschichten das Gegenteil der Fall ist²².

Geisteskrankheiten sind bei Frauen häufiger als bei Männern und bei Frauen korreliert die Inzidenz mit absteigender Berufsschicht.

Brown und Harris²³ konnten zeigen, daß Arbeiterinnen dreimal häufiger unter Geisteskrankheiten litten als Akademikerinnen. Der Familienstand korreliert zusätzlich eng mit der Inzidenz von Geisteskrankheiten. Die mentale Gesundheit scheint bei verheirateten Männern am besten, gefolgt von der bei alleinstehenden Männern und Frauen, während verheiratete Frauen die höchste Rate an psychiatrischen Erkrankungen aufweisen²⁴. Eine Schlußfolgerung aus diesen Ergebnissen könnte sein, daß die Heirat sich auf die Gesundheit von Frauen nachteilig auswirkt, aber für die Gesundheit von Männern günstig ist.

Der Gesundheitszustand ethnischer Minderheiten

Viele Krankheiten treten unter ethnischen Minoritäten in England häufiger auf. Z.B. gibt es unter asiatischen Kindern eine relativ hohe Inzidenz von Rachitis und eine extrem überproportionale Inzidenz von Hypertonie und Schlaganfall bei Menschen mit afrikanisch-karibischer Abstammung. Der Diabetes kommt häufiger bei Asiaten und Afro-Karibiern vor. Die Mortalität durch Gewalt und Unfälle ist bei allen ethnischen Minoritäten hoch, was aber zu einem nennenswerten Teil auf die soziale Position dieser Ausländer (Überproportional: Unterschicht) zurückzuführen ist.

Die Säuglingssterblichkeit ist bei ethnischen Minoritäten in der Regel höher als in der Allgemeinbevölkerung. Kinder von pakistanschen Müttern haben eine um 50 % erhöhte Säuglingssterblichkeit im Vergleich zu weißen Müttern. Auch bei Afro-Karibianern ist die Säuglingssterblichkeit weit höher als in der Allgemeinbevölkerung. Eine Reihe von Studien versuchten die Ursachen für diesen Sachverhalt herauszufinden. Untersuchungen in Bradford²⁵ zeigten folgende Risikofaktoren bei Schwangerschaften asiatischer Frauen: hohes Alter bei Geburt, höhere Parität, untere Sozialschicht, geringe Körpergröße der Mutter, geringe Teilnahme an Schwangerschaftsuntersuchungen und Konsanguinität (Heirat zwischen Vettern und Cousinen ersten Grades). Es besteht ein Mangel an verlässlichen Statistiken über ethnische Minoritäten, insbesondere von Personen ohne festen Wohnsitz. Dies ist ein großes Hindernis bei der Planung von Gesundheitsdiensten für sie. Die Volksbefragung von 1991 wird wichtige neue Informationen über diese Personengruppe bereitstellen, die für die Amtsärzte (Directors of Public Health) und Community Health Councils nützlich sein werden .

Regionale Unterschiede des Gesundheitszustands

Der Black-Report wies auf die regionalen Mortalitäts-Unterschiede in England hin und empfahl, daß Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sich zunächst auf die Regionen mit den höchsten Mortalitätsraten beziehen sollten. Die Mortalität variiert stark zwischen dem Norden und dem Süden des Landes. Townsend konnte zeigen²⁶, daß die altersstandardisierten Mortalitätsraten von Männern und verheirateten Frauen einen steilen Gradienten zwischen Südengland und Schottland aufweisen. Z.B. liegt die altersstandardisierte Rate in Central Clyside um 150 % über der von East Anglia. Auch für ischämische Herzerkrankungen zeigt die Mortalität einen starken Nord-Süd-Gradienten. Die standardisierten Mortalitätsraten für Männer im Alter von 15 bis 64 Jahren betragen in Manchester 148 und in South-West Surrey 59²⁷.

Wenn man zusätzlich die Mortalitätsraten einer Region nach Berufsschichten differenziert, finden sich wiederum große Ungleichheiten zwischen arm und reich. Extreme Unterschiede des Gesundheitszustandes finden sich innerhalb eng begrenzter Gebiete einer Region sowohl für den Norden als auch den Süden. Vergleiche ganzer Regionen (Verwaltungsbezirke) können so in die Irre führen, weil lokale Unterschiede auf Regionsebene nivelliert erscheinen können. Townsend fand²⁸, daß die »gesündesten« Regionen im Norden genauso gute Indikatoren aufwiesen wie die in und um Bristol (einer »wohlhabenden Gegend«). Townsend²⁹ zeigte auch, daß die größten Unterschiede des Gesundheitszustandes innerhalb einer Region in den Regionen mit den höchsten Mortalitätsraten zu finden sind: im Norden, in Wales, in Schottland und im Nord-Westen. Obwohl in diesen Regionen einige sehr reiche Bezirke liegen, wird ihr Gesamtbild durch etrem depravierte und arme Gebiete geprägt.

III. Nimmt das Gefälle im Gesundheitszustand zu?

Die vielleicht entscheidendste Aussage des Black-Reports bezog sich auf die Zunahme der Ungleichheit zwischen Berufsschicht 1 und 5 in der Zeit zwischen 1931 und 1971 (Black-Report, 1980, Tabelle 7). Diese Angaben werden im folgenden dargestellt und bis 1981 ergänzt:

Mortalität und Sozialschicht, 1931-1981 – Männer 15-64 Jahre, England und Wales

Berufsschicht	1931	1951	1961	1971	1981
1	90	86	76	77	66
2	94	92	81	81	76
3	97	101	100	104	103
4	102	104	103	114	116
5	111	118	127	121	166

Anmerkung: Die Zahlen bedeuten standardisierte Mortalitätsraten als Prozentangabe des nationalen Durchschnitts des jeweiligen Jahres.

Quelle: Black Report 1980, Tabelle 3.1, ergänzt in Wilkinson 1986.

Die obige Tabelle zeigt krasse Abweichungen vom Durchschnitt (=100) zwischen Schicht 1 und 5. Im Jahre 1981 war das Mortalitätsrisiko eines Mitgliedes von Berufsschicht 5 mehr als doppelt so hoch wie das in Berufsschicht 1. Man muß dabei beachten, daß während des gesamten Zeitraums die durchschnittlichen Mortalitätsraten insgesamt sanken, diejenigen in der Berufsschicht 1 jedoch am ausgeprägtesten. Diese Tatsache ist für die Zunahme des Mortalitätsgefälles zwischen den Schichten verantwortlich.

Zur Kritik der Hypothese des zunehmenden Mortalitätsgefälles

Die Schlußfolgerungen aus den genannten Daten des Black-Reports sind so weitreichend, daß es sich lohnt die Kritik an der Validität der Daten der obigen Tabelle und der Schlußfolgerungen, die im Black-Report gezogen wurden, zu diskutieren. Diese Debatte beinhaltet zwei Hauptaspekte.

Der erste Aspekt betrifft die Interpretation der Daten. Sir Douglas Black argumentierte, daß das zunehmende Gefälle zwischen arm und reich hauptsächlich auf die ungleichen sozialen Lebensbedingungen zurückzuführen sei. Hingegen interpretierten Stern³⁰ und vor ihm auch Illsey³¹, daß der unterschiedliche Gesundheitszustand zwischen den sozialen Schichten dadurch zustande kommt, daß gesunde Menschen eher sozial aufsteigen, während bei Kranken eher der umgekehrte Effekt auftritt. Ihre Argumente implizieren, daß Menschen in der unteren Sozialschicht sind, weil sie krank sind und nicht umgekehrt. Der über die Beobachtungsjahre zunehmende Unterschied im Gesundheitszustand wäre genauso eine Folge zunehmender

sozialer Mobilität wie einer zunehmenden Ungleichheit in den sozialen Bedingungen. Es existieren einige Befunde, nach denen der Gesundheitszustand den sozialen Status beeinflusst. Z.B. hat eine schwere Krankheit in der Kindheit Einfluß auf die soziale Mobilität. Schwerkranke Jungen zeigten – unabhängig von ihrer sozialen Herkunft – ein stärkere Tendenz zu sozialem Abstieg im Alter³². Frauen mit überdurchschnittlicher Körpergröße konnten ihren sozialen Status eher durch Heirat verbessern als Frauen mit unterdurchschnittlicher Körpergröße³³.

Wilkinson konnte zeigen, daß solche Effekte jedoch relativ gering sind im Vergleich zur Bedeutung sozioökonomischer Faktoren³⁴. Diese Position wird auch durch die Untersuchungen von Fox³⁵ unterstützt. Diese Arbeiten untersuchen die Frage, ob die in den Gesundheitsstatistiken nachzuweisenden Unterschiede durch die höhere Morbidität im Alter verursacht werden: Personen könnten einen sozialen Abstieg kurz vor der Pensionierung erfahren, wenn sie wegen Krankheit eine weniger anstrengende Tätigkeit aufnehmen müssen. Wenn dies für einen großen Teil der Bevölkerung relevant wäre, würde damit die Position unterstützt, daß der Gesundheitszustand die soziale Lage bestimmt. Die Argumentation des Black-Reports, daß die zunehmende Kluft in den Mortalitätsraten eine Folge gestiegener sozialer Ungleichheit ist, wäre damit entkräftet. Fox et al. schlußfolgern aus ihren Studien, daß der Anteil wegen Krankheit sozial absteigender Personen an der Bevölkerung nicht ausreicht, um die von Black dargestellten Daten relevant zu beeinflussen.

Das zweite Argument bezieht sich darauf, daß sich der relative Anteil der Berufsschichten von 1931 bis 1981 geändert hat und daß so Unvergleichbares verglichen wird. Der Anteil der Berufsschichten 4 und 5 sank in der Tat von 38 % auf 26 % der Gesamtbevölkerung und die Berufsschichten 1 und 2 erhöhten ihren Anteil von 14 % auf 23 %. Pamuk³⁶ zeigte, daß selbst bei Berücksichtigung dieser Veränderungen die Mortalitätsunterschiede im Vergleich von Schicht 1 und Schicht 5 zwischen 1951 und 1971 größer geworden sind.

Man kann auch argumentieren, daß es problematisch ist, die im Vergleich zu anderen Schichten immer kleiner werdende Schicht 5 in ihrer Mortalität mit Schichten, die einen weit größeren Anteil einnehmen, zu vergleichen. In einer kürzlich durchgeführten Studie hatte z.B. die Schicht 5 eine standardisierte Rate von 125, aber dennoch nur einen Anteil von 5 % an allen Todesfällen. Es wird ferner eingewendet, daß – solange eine Aufwärtsmobilität besteht – die

unteren Schichten einen höheren Anteil alter Menschen mit höherem Mortalitätsrisiko zurückbehalten. Goldblatt³⁷ zeigte jedoch, daß auch bei Verwendung anderer Schichtdefinitionen mit dann größeren Populationsanteilen die unteren Schichten weiterhin eine deutlich höhere Mortalität aufweisen. Männer, die in einer Mietwohnung leben und kein Auto besitzen, machen 21 % aller Todesfälle aus; die standardisierte Mortalitätsrate beträgt 123. Dies entspricht fast genau der Rate für die Berufsschicht 5 für das Jahr 1971.

Entwicklungen für wichtige Krankheiten

Marmot und Macdowell³⁸ zeigten, daß die Mortalitätsraten bei Angestellten über die letzten Jahrzehnte viel schneller sanken als bei Arbeitern. Für diese krankheitsbezogenen Todesursachen nahm deshalb die soziale Kluft zu. Die Abbildungen 4 und 5 (s.u.) zeigen die Raten für ausgewählte Todesursachen im Jahre 1970/72 und 1979/83. Die Raten benutzen 1970/72 als Basis der Berechnung und so zeigt sich der allgemeine Rückgang der Prävalenz zwischen 1970/72 und 1979/83. Es wird jedoch auch deutlich, daß die Kluft zwischen Arbeitern und Angestellten für einige Krankheiten zugenommen hat. In Abbildung 4 wird deutlich, daß in bezug auf den Herzinfarkt (CHD) der Abstand größer geworden ist. In Abbildung 5 zeigt sich der gleiche Effekt bei Frauen in bezug auf Lungenkrebs und Infarkt.

Rückgang der Säuglingssterblichkeit

Eine Ausnahme von dem allgemeinen Trend zunehmender gesundheitlicher Ungleichheit bildet die Säuglingssterblichkeit. In den 70er Jahren gab es eine allgemeine Senkung der Säuglingssterblichkeit. In der Zeit von 1971-1979 nahm die Kluft zwischen Schicht 1,2 einerseits und Schicht 4,5 andererseits ab. Dies ist durch eine dramatische Reduktion der postneonatalen Sterblichkeit (zwischen einem Monat und einem Jahr) in Schicht 5 zu erklären (siehe unten, Abb. 6). Seit 1979 ist die Kluft jedoch konstant geblieben³⁹. Diese Entwicklung läßt die Frage stellen, warum sich davor überhaupt die Situation von Schicht 5 verbessert hat. Die Antwort auf diese Frage könnte erhebliche Konsequenzen für zukünftige Strategien zur Senkung der Säuglingssterblichkeit haben. Pharoah und Morris⁴⁰ vertraten die Position, daß insbesondere die Verringerung der Familiengröße in Schicht 5 ein entscheidender Erklärungsfaktor sei.

IV. Ursachen für die Unterschiede im Gesundheitszustand

Sowohl der Black-Report als auch der Bericht »The Health Divide« vertraten die Position, daß die Ungleichheiten der sozialen und ökonomischen Bedingungen primär für die Unterschiede im Gesundheitszustand verantwortlich sind. Dies ist kein neues, aber noch immer bedeutsames Argument. Denn es existiert ein sich selbst fortsetzender Zyklus von Armut: schlechte Ausbildung und eine benachteiligte Kindheit führen zu schlecht bezahlten und meist gesundheitsgefährdenden Berufen. Diese wiederum tragen zu einem schlechten Gesundheitszustand bei und haben somit negativen Einfluß auf Lebensbedingungen und Bildung in der nächsten Generation. Der Black-Report schlußfolgerte:

»Obwohl kulturelle und genetische Erklärungen von einiger Relevanz sind – die letzteren insbesondere für die frühe Kindheit – wird der größere Teil durch strukturell-materielle Ursachen bedingt.«

Der Bericht »The Health Divide« akzeptiert auch die Existenz eines Selektionseffektes, nach dem in einigen Fällen auch Krankheit zu schlechterer sozialer Lage führt, betonte jedoch, daß im großen und ganzen die Kausalität umgekehrt ist: Schlechte ökonomische Bedingungen führen zu einem schlechten Gesundheitszustand. Diese Aussage ist mit der von Crombie vergleichbar⁴¹; Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Sozialschichten sind primär eine Folge »... der Unfähigkeit, mit dem Leben fertig zu werden. Der Hauptunterschied zwischen Sozialschichten ist ihre relative Fähigkeit, das Leben erfolgreich zu bewältigen – in anderen Worten: sich anzupassen. Diese Fähigkeit ist teilweise genetisch bedingt, teilweise eine Folge von Ausbildung, Erziehung in der Familie und kulturellen Einflüssen.«

Er meint, daß so zwischen Schicht 1 und Schicht 5 immer dieselben Unterschiede bestanden und wahrscheinlich auch in Zukunft bestehen werden. Diese vereinfachende und einseitige Sicht der Dinge kann jedoch nicht erklären, warum einige der Unterschiede zunehmen und andere abnehmen.

Welche Aspekte der Lebensbedingungen von Menschen unter schlechten sozialen Bedingungen sind nun für den schlechteren Gesundheitszustand verantwortlich? Es gibt genügen Evidenz dafür, daß gesundheitsschädigende Verhaltensweisen in unteren Sozialschichten häufiger sind. Dies wird im folgenden darzustellen sein.

Rauchen

Obwohl der Anteil von Rauchern in allen Sozialschichten abgenommen hat, gibt es zwischen Schicht 1 und 5 immer noch große Unterschiede. Die Tabelle zeigt den Prozentsatz von Rauchern in jeder Schicht im Jahre 1972 und 1988.

Raucheranteile für Männer und Frauen nach sozialer Schicht

Schicht	1	2	3NM	3M	4	5	Gesamt
Männer							
1972	33	44	45	57	57	64	52 %
1988	16	26	25	39	40	43	33 %
Frauen							
1972	33	38	47	42	42	42	42 %
1988	17	26	27	35	37	39	30 %

Der relative Rückgang des Rauchens war in den höheren Berufsschichten am größten. Der Anteil von Rauchern in Schicht 1 halbierte sich zwischen 1972 und 1988, während der Anteil von Rauchern in Schicht 5 nur um ein Drittel zurückging.

Wilkinson⁴³ meint, daß einer der beiden Hauptgründe der zunehmenden Kluft im Gesundheitszustand in der Nachkriegsperiode die Verschiebung des Zigarettenkonsums in untere Sozialschichten ist. Die sozialspezifischen Trends für Lungenkrebs und ischämische Herzerkrankungen entsprechen denjenigen für Rauchen. Es gibt sicherlich starke Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit, Rauchen und Morbidität.

Ernährung

Der zweite Grund, den Wilkinson nennt, ist die Ernährung. Die Rationierung von Nahrungsmitteln während der Kriegszeit hatte eine extreme Gleichverteilung von Nahrungsmitteln zur Folge und übte einen großen Einfluß auf die Ernährung aus, die fast immer einen starken Einfluß auf den Gesundheitszustand hatte. Nach dieser Zeit der Rationierung begann sich die Ungleichheit des Gesundheitszustandes zu entwickeln. Es ist vielleicht eher richtig zu sagen, daß sich die Vorkriegs-Ungleichheit wiederherstellte. Diese beiden Faktoren haben nach Wilkinson einen tiefgreifenden Effekt auf die sozialspezifische Verteilung von Herzerkrankungen, Schlaganfall

und Lungenkrebs bei beiden Geschlechtern. Krankheiten, deren Mortalitätsraten früher in Schicht 1 und 2 häufiger waren, zeigen nun einen umgekehrten Trend. Der Black-Report stellte die Tatsache in den Vordergrund, daß viele der sogenannten Zivilisationskrankheiten in der Nachkriegsperiode in den unteren Sozialschichten häufiger wurden. »Einige Krankheiten wie Lungenkrebs und Zwölffingerdarmgeschwür, die vor 40 oder 50 Jahren noch keinen sozialspezifischen Trend aufwiesen oder eine inverse Häufigkeitsverteilung zeigten, hatten dann in den 60er Jahren eine höhere Mortalitätsrate in Schicht 4 und 5 im Vergleich zu 1 und 2.«⁴⁴.

Die 50er Jahre bewirkten eine wichtige Veränderung des sozial-spezifischen Zuckerkonsums, die Teil eines allgemeinen Trends zu verarbeiteten Nahrungsmitteln war. Verarbeitete Nahrungsmittel wurden billiger und zunehmend von weniger Wohlhabenden konsumiert.

Die höheren Einkommensgruppen ernährten sich weiterhin gesünder als die ärmeren Bevölkerungsschichten. Sie konsumierten mehr braunes und vollwertiges Brot, Fisch, Früchte und Gemüse und weniger Kartoffeln, Zucker, weißes Brot und Fette im Vergleich zu den unteren Schichten. Obwohl zwischen 1976 und 1984 alle Einkommensgruppen mehr vollwertiges Brot aßen und einen geringeren Verbrauch von ungesunden Fetten entwickelten, ging der Verbrauch von frischen Früchten und Gemüsen in den ärmsten Bevölkerungsschichten zurück. Dennoch gibt es Hinweise darauf, daß die ärmeren Bevölkerungsschichten auf Ernährungsberatung reagieren⁴⁵.

Körperliche Bewegung

Die Häufigkeit von körperlicher Betätigung in der Freizeit zeigt eine sozialspezifische Verteilung.

Körperliche Bewegung nach Sozialschicht

	Wandern in % (mehr als 3 km/Tag)	Schwimmen in %
Akademiker	30	18
Selbstständige	24	14
Höhere Angestellte	27	15
Angestellte	22	14
Facharbeiter	16	8
Angelernte Arbeiter	15	6
Ungelernte Arbeiter	13	5

Körperliche Betätigung ist in vielfältiger Weise mit dem Gesundheitszustand verbunden und hat wahrscheinlich einen protektiven Effekt in bezug auf ischämische Herzerkrankungen. Die sozialen Unterschiede hierbei entsprechen so den Unterschieden im Gesundheitszustand.

Wohnen und Gesundheit

Haus- oder Wohnungseigentum ist ein gutes Näherungsmaß für den Wohlstand einer Familie. Eigentümer haben im allgemeinen eine geringere Mortalität als Personen, die Mieter sind. Diese wiederum weisen eine geringere Mortalität auf als Personen in Sozialwohnungen.

Der gleiche Effekt zeigt sich in bezug auf den Autobesitz, denn auch dieser ist Näherungsmaß für den Wohlstand.

Mortalität von Männern (15-64) und Frauen (15-59) im Zeitraum 1971-81 nach Wohnverhältnis, Ausbildung und Autobesitz

Sozioökonomischer Indikator	Standardisierter Mortalitätsindex (SMR)	
	Männer	Frauen
Wohnverhältnis		
Eigentum	84	83
Mietwohnung	109	106
Sozialer Wohnungsbau	115	117
Bildung		
Diplom (Degree)	59	66
Anderer Abschluß (non-degree)	80	78
A-level (einfacher Schulabschluß)	91	80
Kein Abschluß	103	102
Autobesitz		
Ein oder zwei Autos	85	83
Kein Auto	121	135

Quelle: The Nations Health, 1988

Die Wohnsituation hat an sich schon einen wichtigen Einfluß auf den Gesundheitszustand. Viele Untersuchungen haben gezeigt, daß schlechte Wohnqualität einen negativen Effekt auf die Gesundheit hat. Eine Untersuchung in Liverpool konnte z.B. zeigen, daß schwer zu vermietende Wohnungen mit minimalem Standard zu infektiösen Erkrankungen, zu Lungenerkrankungen und zu psychischen Krankheiten beitragen⁴⁶.

Obdachlosigkeit ist die extremste Form schlechter Wohnbedingungen. Die Folgen der unbemerkten Zunahme von Obdachlosigkeit speziell in London werden gerade erst publiziert. Neben den Obdachlosen auf den Straßen gibt es ungefähr 30000 Personen in vorübergehenden Unterkünften, davon allein zwei Drittel in London. Ein großer Teil dieser Menschen hat starke soziale und gesundheitliche Probleme und es gibt Studien, die zeigen, daß diese Menschen – insbesondere Kinder – einen schlechten Gesundheitszustand als Folge dieser Wohnbedingungen aufweisen; so konnte auch nachgewiesen werden, daß ihre Unfallhäufigkeit weit über dem Durchschnitt liegt⁴⁷.

Einkommensunterschiede und Gesundheit

Ein geringes Haushaltseinkommen steht in Zusammenhang mit schlechterem Wachstum bei Kindern, sowie schlechter Ernährung⁴⁸. Es wurde schon erwähnt, daß ärmere Leute weniger Obst und frisches Gemüse essen und daß die billigeren Nahrungsmittel, die sie kaufen, einen höheren Zucker- und Fettgehalt haben. »Man findet häufig, daß Nahrungsmittel im Haushaltseinkommen als flexibles Instrument benutzt werden und wenn Geld knapp ist entsprechend angepaßt werden«⁴⁹.

Der Black-Report betonte hinsichtlich der Ungleichheiten im Gesundheitszustand die wachsende Kluft zwischen den Ärmsten und den Reichsten. Der Anteil der Bevölkerung in Armut oder an den Grenzen der Armut wuchs zwischen 1960 und 1977 ständig⁵⁰. Die Armutsgrenze wird bei Einkommen bis zu 40 % über der Sozialhilfe angesetzt. Der Report stellt dies als den wesentlichen Grund für die Kluft im Gesundheitszustand dar. In gleicher Weise betonte ein ähnlicher Report der British Medical Association⁵¹ die wachsende Anzahl von sehr armen Haushalten, inadäquate staatliche Unterstützung und die gesundheitlichen Folgen insbesondere bei Kindern.

Die Einkommensungleichheit stieg in den 80er Jahren an: Das Statistische Amt fand, daß das reale Wachstum des Einkommens zwischen 1981 und 1987 der ärmsten 10 % der Bevölkerung nur 50 % des nationalen Durchschnitts betrug⁵². Zwischen 1979 und 1985 stieg der Anteil von Personen mit Sozialhilfe von 12 auf 15 Millionen⁵³. Der Black-Report betonte, daß Ungleichheit und Armut relative Begriffe seien, daß sie aber in einer zivilisierten Gesellschaft nicht akzeptabel seien. »Die Schichten 4 und 5 könnten mit der Zeit das gegenwärtige Niveau von Schicht 1 und 2 erreichen, aber zu diesem Zeitpunkt werden diese ihre Vorzugsposition noch ausgebaut haben«⁵⁴.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Es gibt viele Studien, die einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und physischer sowie psychischer Gesundheit aufzeigen. Dieser Einfluß bezieht sich sogar auf die Ehefrauen arbeitsloser Männer. Da Arbeitslosigkeit normalerweise mit Armut verbunden ist, erstaunen diese Befunde nicht. Mehrere Studien haben gezeigt, daß Arbeitslosigkeit mit höheren Raten von Suizid, Unfällen, Herzkrankungen und Lungenkrebs verbunden ist. Eine Studie in Edinburgh fand, daß Menschen, die 3 bis 6 Monate arbeitslos waren, eine um das 11 fache höhere Suizidrate aufwiesen⁵⁵.

Die höheren Raten für Lungenkrebs und Herzkrankungen können teilweise durch den höheren Anteil von Rauchern unter den Arbeitslosen erklärt werden⁵⁶. Der General Household Survey von 1984 zeigte, daß bei Erwerbstätigen 36 % rauchten, während unter den Arbeitslosen 61 % Raucher waren.

Wenn man den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit untersucht, sind Ursache und Wirkung nicht einfach zu unterscheiden. Was ausgesagt werden kann ist, daß Arbeitslosigkeit eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit bewirken kann, während die Evidenz eines ursächlichen Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und physischer Gesundheit weniger überzeugend ist⁵⁷.

V. Ist der Nationale Gesundheitsdienst (NHS) für alle Patienten gleichermaßen zugänglich?

Der Black-Report sagte folgendes: »Es ist schon seit längerer Zeit bekannt, daß es Unterschiede in der Zugänglichkeit des Nationalen Gesundheitsdienstes in armen und reichen Regionen gibt«⁵⁸. Noyce et al belegten⁵⁹, daß die Ausgaben für das Gesundheitswesen in Regionen mit hohem Akademikeranteil größer und in Regionen mit höherem Anteil an Arbeitern geringer waren.

Das »Inverse Care Law«

In den frühen 70er Jahren schrieb J. Tudor Hart, ein in England sehr bekannter Allgemeinarzt im Lancet:

»In Regionen mit mehr Morbidität und höherer Mortalitätsrate müssen Allgemeinmediziner mehr arbeiten, es gibt längere Wartelisten, und es gibt mehr ineffektive Konsultationen als in den 'gesündesten' Regionen. Krankenhäuser haben dort mehr Konsultationen

mit weniger Personal und schlechterer Ausstattung durchzuführen, sie arbeiten in heruntergekommenen Gebäuden und es gibt immer wieder Betten- und Personalmangel. Diese Tendenz läßt sich im Begriff des Inverse – Care Law zusammenfassen: Die Verfügbarkeit medizinischer Dienste variiert umgekehrt zu den Bedürfnissen der Bevölkerung⁶⁰.

In Zusammenhang hiermit steht die Tatsache, daß die Kosten für die Gesundheitsversorgung in ärmeren Regionen oft höher sind als in wohlhabenden Gegenden. Häufiger Personalwechsel und z.B. Dolmetscher für ethnische Minoritäten steigern die Ausgaben.

Im Jahre 1976 wurde die Ressource Allocation Working Party (RAWP) errichtet, um die Finanzierung des Nationalen Gesundheitsdienstes zwischen den Regionen gerechter zu gestalten. Es war beabsichtigt, neue Finanzierungsmittel in die besonders bedürftigen Regionen zu lenken. Dies geschah jedoch in einer Zeit von Kürzungen, so daß jede Umverteilung auf Kosten anderer Regionen ging. Die Verteilung der Mittel nach der RAWP-Formel bewirkte eine Angleichung der regionalen Disparitäten auf 10 %. Nicht ganz unverständlich wurde diese Maßnahme dann auch unpopulär⁶¹.

Die RAWP-Formel war weder für den Ausgleich von Disparitäten auf der lokalen Ebene gedacht noch für die Verminderung der Ungleichheiten der Gesundheitsversorgung zwischen den Sozial-schichten geeignet.

Man muß in Zukunft sehen, welche Folgen das neue Budgetsystem der Health Authorities haben wird. Wird das Gewichtungssystem genügend Ressourcen in deprivierte Regionen lenken? Nach dem neuen System werden den Health Authorities Ressourcen auf einer gewichteten Pro-Kopf-Basis zugesprochen. Die Verteilung basiert primär auf der Bevölkerungszahl mit Erhöhungen für die Altersstruktur und die Höhe der standardisierten Mortalitätsraten. Es bleibt abzuwarten ob dies genügen wird, um den ärmeren nördlichen Regionen genügend Mittel bereitzustellen, auch wenn die Formel keinen »Deprivationsfaktor« enthält. Einige Health Authorities werden jedoch innerhalb ihrer Regionen einen »Deprivationsfaktor« zur Gewichtung einführen, um Ungleichheiten auszugleichen.

Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten

Mehrere Studien haben gezeigt, daß die lokale Verteilung von Arzt- und Zahnarztpraxen Mittelschicht-orientiert ist und, daß Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit mit Verkehrsmitteln ein wichtiges

Hindernis darstellen können. Der neue Zahnärzte-Vertrag wird große regionale Disparitäten erzeugen, wobei der Südosten am meisten verlieren wird. Es gibt auch viele Anzeichen dafür, daß die Nutzung von präventiven Diensten eine starke Schichtabhängigkeit aufweist. Durchgehend existieren höhere Teilnahmeraten für Akademiker in den Kindersprechstunden⁶², bei Zahnärzten⁶³ und beim Cervix-Screening⁶⁴.

Das Paradox besteht darin, daß Menschen, die diese Dienste am nötigsten brauchen, sie nicht benutzen. So ist das Cervix-Krebs-Risiko in Schicht 4 und 5 deutlich höher als in Schicht 1 bis 3 NM. Die Struktur und Organisation der medizinischen Dienste beachtet die Bedürfnisse von benachteiligten Gruppen wenig. Um ein Beispiel zu geben: Termine in den Sprechstunden von Allgemeinärzten sind z.B. ohne Telefon häufig schwierig zu bekommen, Unterschichtsangehörige haben aber eben nicht immer ein Telefon⁶⁵.

Sprechstunden von Allgemeinmedizinern werden von Arbeitern häufiger in Anspruch genommen als von allen anderen Schichten. Ob die höhere Inanspruchnahme bei Arbeitern auf ihre höhere Morbidität zurückzuführen ist, ist Gegenstand einer Diskussion. Collins und Klein⁶⁶ behaupten dies und sagen, daß der NHS insofern Gleichheit erzielt hat. In ähnlicher Weise argumentierte Crombie⁶⁷, daß Allgemeinärzte die zu geringe Inanspruchnahme medizinischer Dienste durch Schicht 5 über die überhöhte Inanspruchnahme in den Allgemeinpraxen kompensieren. Blaxter⁶⁸ argumentierte, daß Arbeiter häufiger schwerere Krankheiten haben und, daß daher die höhere Inanspruchnahme nicht als kompensatorisch anzusehen ist.

Ein anderes Feld der Diskussion berührt die Frage der Qualität ärztlicher Dienstleistungen in verschiedenen Sozialschichten. Es wird oft behauptet, daß eine Bevorzugung von Mittelklassepatienten existiert. Eine Untersuchung in Allgemeinpraxen fand⁶⁸, daß die Konsultationszeit bei sozial benachteiligten Gruppen kürzer ist und weniger Fragen gestellt werden. Frauen bekommen im Vergleich zu Männern in Arztpraxen weniger Erklärungen als beruhigende Worte.

VI. Politische Maßnahmen zur Reduzierung von Ungleichheiten des Gesundheitszustandes

Die Vorschläge des Black-Reports

Der Black-Report beinhaltete neben einer umfassenden Analyse von Ungleichheiten des Gesundheitszustandes auch ein Programm, wie diese zu beheben seien:

1. Günstigere Lebensbedingungen für Kinder einschließlich staatlicher Förderungen
2. Förderung der Gesundheit von großen Teilen der Bevölkerung durch präventive und erzieherische Maßnahmen. Bereitstellung von mehr Mitteln für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
3. Minderung des Mortalitätsrisikos für Behinderte und Steigerung ihrer Lebensqualität in der Gemeinde und in Institutionen.
4. Reduzierung der Unterschiede in den materiellen Bedingungen am Arbeitsplatz, zu Hause und in den kommunalen Lebensverhältnissen.
5. Steigerung der Sozialhilfe und des Kindergeldes.
6. Spezifische Maßnahmen zur Senkung der Unfallhäufigkeit und des Rauchens.

Die höchste Priorität wies der Black-Report einer Beseitigung der Armut von Kindern und der materiellen Ungleichheit im allgemeinen zu. Ein durchgehendes Thema des Reports war der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, so daß die Schlußfolgerungen sehr weitreichend waren. Sir Douglas Black befürwortete eine stärkere redistributive Besteuerung, so daß die reichsten 30 % der Bevölkerung mehr zu den öffentlichen Haushalten beitragen sollten. Diese Aussagen waren ein Schlag in das Gesicht der Konservativen Regierung und so wurde der Bericht zurückgehalten. Ursprünglich stellte das Gesundheitsministerium nur 260 Exemplare des Berichtes her und der zuständige Staatssekretär Patrick Jenkin schrieb in seinem Vorwort, daß er in keiner Weise die Empfehlungen des Berichtes unterstützen werde.

Das Konzept für die Gesundheitsverbesserung im Black-Report basierte auf einer Förderung des allgemeinen Gesundheitszustandes über Maßnahmen des Public-Health. Aktionsprogramme der Bezirke sollten z.B. die Gesundheit von Mutter und Kind mit Priorität versehen. Schulgesundheitsprogramme und einige Screening-Aktivitäten waren weitere vorgeschlagene Ansätze. Der Report forderte ferner Gemeindedienste für alte Menschen und Behinderte.

Die 10 Regionen mit den höchsten Mortalitätsraten sollten durch besondere Programme gefördert werden. Die Autoren des Reports waren sich der begrenzten finanziellen Mittel für ein Programm bewußt, was die Forderung nach gezielten Maßnahmen erklärt. Trotzdem wurden die Forderungen von Patrick Jenkin gänzlich abgelehnt und zwar mit dem Argument, daß weder heute noch in der nächsten Zukunft ein solches Programm finanziell realistisch sei. Er zweifelte auch an der Effektivität des Programms indem er meinte, daß »wir seit dreißig Jahren mehr und mehr Geld für den NHS, ausgeben ohne daß dies den Gesundheitszustand der Bevölkerung sehr viel angehoben hat«⁶⁹.

Dieser Satz zeigt das Unverständnis für die Hauptaussage des Reports, nach der die Entwicklung der Gesundheitsdienste zur Prävention hin gehen sollte: Public-Health und nicht die kurative Medizin sollte gefördert werden⁷⁰.

Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000

Im Jahre 1978 betonte die WHO in der Erklärung von Alma Ata die Notwendigkeit einer Veränderung in Richtung Primärversorgung. Das Programm »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« wurde im Jahre 1981 initiiert – ein Programm, welches die Ungleichheiten auf internationaler Ebene reduzieren sollte und zwar unter vermehrter Beteiligung und Autonomie der Gemeinde sowie mit einem integrierten Konzept der Gesundheitsförderung. Im Jahre 1985 publizierte die WHO Zielvorgaben für das Programm. Dies sollte den Mitgliedsländern helfen, eigene Zielsetzungen zur Verminderung von Ungleichheiten zu spezifizieren. Der Gesamtplan sieht eine Reduzierung der Ungleichheiten von 25 % vor – dies betrifft sowohl Unterschiede zwischen den Ländern als auch solche in einem Land.

England unterstützte die Ziele, hat aber bisher keine Maßnahmen unternommen, um sie zu erreichen. Eine kürzliche Untersuchung des Institutes für Health Services Management zeigte, daß der notwendige politische Wille fehlt und daß die Ressourcen die Gemeinde-Ebene nicht erreicht haben. So gibt es bisher keinen Fortschritt in dieser Sache. Erst weniger als 50 % der Health Authorities haben die Informationssysteme entwickelt, um die Erreichung der Zielsetzungen zu kontrollieren. Nur 28 % der District Health Authorities haben spezielle Mittel für die Strategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« bereitgestellt.

Es wurde auch eingewendet, daß die Strategie fehlgeleitet ist, wenn sie wirklich eine Beteiligung der Bevölkerung anstrebe. In einem Beitrag mit dem Titel »Wen meint die WHO« sagte Jane Jones, eine Gesundheitsarbeiterin⁷¹, daß die Zielgruppe der Strategie eher Professionelle im Gesundheitswesen und Gesundheitspolitiker sind. Sie aber seien nicht diejenigen, die Interesse an einer wirklichen Beteiligung der Betroffenen auf Gemeinde-Ebene haben.

Gesunde Städte

Das Projekt »Gesunde Städte« ist ein Ableger der Strategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«. Die ursprüngliche Vorstellung der WHO bestand darin, daß einige Städte kooperieren sollten, um Modelle zu entwickeln und um dann die Erfahrungen weiterzugeben. Die Städte haben die Ziele der WHO übernommen und den lokalen Gegebenheiten angepaßt. Am Anfang waren 24 Städte in Europa beteiligt. Inzwischen haben diese jedoch jeweils nationale Netzwerke gebildet und neue Städte sind hinzugekommen. In Großbritannien sind Birmingham, Liverpool, Newcastle, Sheffield, Camden, Belfast und Glasgow beteiligt. Diese haben wiederum mit 40 anderen Städten ein Netzwerk gebildet. Die Begeisterung mit der die Städte sich beteiligt haben wird vielleicht dadurch erklärt, daß es auf dieser Ebene viele Arbeitsmöglichkeiten gibt und die lokalen Gesundheitsbehörden dabei relativ klare Verantwortlichkeiten haben.

Aus der europäischen Perspektive sind die englischen Städte nicht gerade gut plazierte, um im Jahre 2000 die gesündesten zu sein. Fünf der sieben ökonomisch rückständigsten Städte sind in England⁷². Es gibt viele finanzielle Schwierigkeiten bei den Gesundheitsbehörden und die finanziellen Mittel für das Gesunde-Städte-Projekt sind sehr gering. In Sheffield und Liverpool sind jedoch Ziele formuliert worden und es wurden Gesundheitsförderungsprojekte initiiert.

Innerhalb der Gesunde-Städte-Initiative gibt es eine Diskussion über einen Ansatz »von oben nach unten« oder einen »von unten nach oben«. Das Community Health Council von Newcastle berichtete, daß das faszinierende dort sei, wie das Projekt auf Nachbarschaftsinitiativen beruht und nicht auf offizieller Stadtregierungs-Direktive. Dies hat zur Folge, daß zwischen Professionellen und Patienten sowie der Bevölkerung und verschiedenen Berufsgruppen eine Kooperation entstanden ist.

VII Was können die Community Health Councils tun?

Die Community Health Councils (CHC) sind administrativ bevollmächtigte »Öffentliche Gesundheitsämter« mit der Aufgabe der regionalen Public-Health-Arbeit. Sie können eine sehr nützliche Rolle in der Gesundheitsförderung und der Thematisierung von Public-Health-Aufgaben spielen. Sie bereiten Aktionen in der Gemeinde vor. Dies muß keine langfristige Aktion sein, sondern kann auch nur eine Starthilfe für lokale Gruppen sein. Beispiele dafür sind:

Manchester: Das Community Health Council initiierte 1985 ein Treffen der homosexuellen Szene. Dies hatte zur Folge, daß eine telefonische AIDS-Beratung eingerichtet wurde. Das Community Health Council organisierte eine Leitungsgruppe. Im Jahre 1986 wurde das Manchester AIDS-Forum unabhängig und erhielt finanzielle Mittel von 25000 Pfund durch das Regional Health Council.

Leeds: In Leeds initiierte das CHC ein Unterstützungsprojekt für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Durch Unterstützung des CHC erhielt das Projekt 50000 Pfund und konnte auch sicherstellen, daß die Klienten selbst das Projekt bestimmen konnten.

Im neuen System des Nationalen Gesundheitsdienstes werden die Community Health Councils eine wichtige Rolle haben. Ein wichtiger Aspekt wird dabei der jährliche Bericht des Directors of Public Health sein, der von den District Health Authorities benutzt wird, um Prioritäten zu setzen. Die Gesundheitsberichte sollen eine zusammenfassende Berichterstattung über die Gesundheit der Bevölkerung beinhalten, spezifische Gesundheitsprobleme identifizieren und Strategien zu deren Lösung vorschlagen. Wenn die Community Health Councils hier einen Einfluß ausüben wollen, müssen sie die Methoden kennen, mit denen der Bericht des Directors of Public Health arbeitet. Auch müssen die CHC eigene Forschungsprojekte durchführen. Beispiele hierfür sind:

Das CHC von Rhymney Valley (ein District mit hoher Armut) führte einen Survey über die Gesundheitsbedürfnisse älterer Menschen durch. Der Fragebogen untersuchte Bereiche wie Abhängigkeit, Behinderung, Wohnbedingungen. Es wurden auch die Dienstleistungen und ihre Mängel untersucht.

Das CHC von Süd Birmingham führte eine Untersuchung »Deprivation in Birmingham« durch, die mit Hilfe gesundheitlicher und sozialer Informationen ein Profil des Bezirkes liefert. Der Bericht enthält auch Indikatoren der relativen Ungleichheit auf lokaler Ebene.

Aus dem Englischen übersetzt von Dieter Borgers

Anmerkung des Übersetzers:

Aus bundesrepublikanischer Sicht ist anzumerken, daß der im Aufsatz skizzierte Forschungsstand sowie die Diskussion zum Thema im öffentlichen Bewußtsein Großbritanniens einen breiten Raum einnehmen. Dies gilt auch und nicht zuletzt für den Bereich medizinischer Öffentlichkeit: Alle großen Studien, die Diskussion der Thematik sowie der formulierte Protest gegen die Zurückhaltung von Ergebnissen der Medizinalstatistik durch die konservative Regierung, all dies ist im British Medical Journal, dem britischen »Ärzteblatt«, sowie im Lancet veröffentlicht.

Korrespondenzanschrift: Richard Pawson

Association of Community Health Councils for England
and Wales, 30, Drayton Park, London N5 JPB

Anmerkungen und Literatur

- 1 Report of The Working Group An Inequalities in Health, erstmalig veröffentlicht durch das DHSS 1980. Bekannt als Black-Report, benannt nach dem Vorsitzenden der Arbeitsgruppe, Sir Douglas Black.
- 2 Die Begriffe soziale Schicht oder berufliche Schicht in dieser Arbeit bezieht sich auf das Schema des Registrar General, welches folgende Einteilung vornimmt: Class 1: Professional (Rechtsanwalt, Arzt etc); Class 2: Intermediate (Lehrer, Manager etc); Class 3NM: Skilled-non-manual (Sekräterin, Verkäufer etc); Class 3M: Skilled manual (Bergmann, Busfahrer etc); Class 4: Semi-skilled manual (Landarbeiter, Packer etc); Class 5: unskilled manual (Reinigungskraft, ungelernter Arbeiter)
- 3 Whitehead M., The Health Divide, Health Education Council, 1987.
- 4 Smith T., Poverty and Health in the 1900s, BMJ Editorial, 118-25/8/90 and Morris J.N., Inequalities in Health: ten years and little further on, The Lancet, 25/8/90, S.491.
- 5 Bane D., Davey Smith G. and Barley M., Social Class Differentials in Years of Potential Life Lost, BMJ, 1/9/90, S. 429.
- 6 op.cit, Inequalities in health, S. 230.
- 7 Wilkinson R.G. (Hrg.), Class and Health: Research and Longitudinal Data, 1986, Tavistock, S.I.
- 8 Rose G., Marmot M., Social Class and Coronary Heart Disease, BMJ,45,1981, S.13; Marmot M. et al., Inequalities in Death, Lancet,i,1984,S.1003.
- 9 Goldblatt P., Mortality and Alternative Social Classifications. In: Longitudinal Study, Mortality and Alternative Social Organisation, HMSO, 1990.
- 10 Smith GD., Batley M., Blane D., The Black Report: ten years on, BMJ, 18-25, August 1990, S.376.
- 11 OPCS, Mortality Statistics, Perinatal and Infant: Social and biological Factors for 1987, series DHHS, No 21, HMSO.
- 12 The Nation's Health, hrg. v. Smith A. und Jacobson B., King's Fund, London 1988, S. 23.
- 13 ibid, S. 24
- 14 Marmot M. und Macdowell M.E., Mortality Decline and Widening Social Inequalities, Lancet, ii, 1986, S. 274-6, zitiert in: Inequalities in Health, S. 231.
- 15 Townsend P, 1987, zitiert in: Inequalities in Health, 1987, S. 231

- 16 The Nation's Health, 1988, S.106.
- 17 Blaxter, M, A Comparison of Measures of Inequality in Morbidity, In: A.J. Fox (Hrg.), *Inequalities in Health within Europe*, 1988, zitiert in: *Inequalities in Health*, 1988, S. 244.
- 18 zitiert nach: *Inequalities in Health*, S. 233
- 19 zitiert nach: *The Nation's Health*, 1988, S.23.
- 20 *Inequalities in Health*,1988, S.243
- 21 *ibid*, S. 243
- 22 Fox,B et al., *Health and Lifestyle Survey: Preliminary Report*, Health Promotion Research Trust, 1987, zitiert nach: *Inequalities in Health*, 1988, S. 244.
- 23 zitiert nach: *Inequalities in Health*, 1988, S. 245.
- 24 Haavio-Manilla E, *Inequalities in Health and Gender*, *Social Science and Medicine*, 22 (2), S. 141-9, zitiert nach: *Inequalities in Health*, 1988, S. 245.
- 25 Lumb K M et al, *Perinatal Mortality in British Asians*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Nr.35, 1981, S.106 und Gillies D et al, *Analysis of Ethnic Influences on Stillbirths*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Nr. 389, S.214.
- 26 Townsend P et al., *Health and Deprivation: Inequality and the North*, 1987, Croom Helm.
- 27 Health Education Authority, *Mapping the Epidemic: Coronary Heart Disease*, HEA, 1990.
- 28 Townsend P et al., *Inequalities in Health for the Northern Region*, Bristol University and Northern Regional Health Authority, 1986.
- 29 *op.cit.*, Illsley,1955
- 30 Stern J, *Social Mobility and the Interpretation of Social Class Mortality Differentials*, *Journal of Social Policy*, 12,1983, S. 27
- 31 Illsley R, *Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant Deaths*, *BMJ*,2, 1955, S. 1520 und Illsley R, *Occupational Class, Selection, and the Production of Inequalities*, *Quarterly Journal of Social Affairs*, 2 (2), S.151.
- 32 Wadsworth M E J, *Serious Illness in Childhood and its Association with Later Life achievement*, in: R.G. Wilkinson (Hrg), *Class and Health*, 1986.
- 33 *op. cit.* Illsley, 1955.
- 34 *op. cit.*, Wilkinson 1986, S. 34.
- 35 Fox A J et al., *Social Class Differentials: Artefact, Selection or Life Circumstances*, in: R.G. Wilkinson (Hrg), *Class and Health*, 1986
- 36 Pamuk E R, *Social Class Inequality in Mortality from 1921 to 1972 in England and Wales*, *Population Studies*, 39, 1985, S.17.
- 37 *op.cit.* Goldblatt, 1990.
- 38 *op.cit.* Marmot and Macdowell, 1986
- 39 *op. cit.* *Inequalities in Health*, 1988,S. 258.
- 40 *op. cit.*, *Inequalities in Health*, 1988, S.258
- 41 *ibid*, S. 259.
- 42 Crombie D L, *Social Class and Health Status: Inequality or Difference?*, Royal College of General Practitioners, Occasional Paper 25, 1984
- 43 *op. cit.*, Wilkinson 1986, S. 15.
- 44 *op.cit.*, *Inequalities in Health*, 1988, S.61

- 45 *ibid.*, S.293
- 46 *ibid.*, zitiert auf S. 298
- 47 SHAC, *Bed and breakfast: Slum Housing in the 80ies.*, 1984.
- 48 *op. cit.*, *The Nations Health*, S.116.
- 49 *op. cit.*, *Inequalities in Health*, 1988, S.300
- 50 *iid*, S.108
- 51 *Deprivation and Ill Health*, British medical Association, Board of Science and Education Discussion Paper, 1987.
- 52 Government Statistical Service, *Households Below Average Income – a Statistical Analysis 1981-1987*, HMSO, 1990.
- 53 DHSS, *Low Income Families*, DHSS, 1988
- 54 *op. cit.*, *Inequalities in Health*, S.109
- 55 Moser K. et al., *Unemployment and Mortality in: Goldblatt P. Longitudinal Study: Mortality and Social Organisation*, HSMO, 1990, S.81
- 56 *op.cit.*, *Inequalities in Health*, 1988, S.239.
- 57 *ibid.*, S. 241
- 58 *ibid.*, S. 78
- 59 Noyce, Snaith and Trickey, 1974, zitiert nach: *Inequalities in Health*, 1988, S.78
- 60 Tudor Hart J, *The Inverse Care Law*, *Lancet*, i, 1971, S. 4o5.
- 61 Holland W W, *The RAWP Review: Pious Hopes*, *Lancet*, ii, S.1087.
- 62 Fisher m J et al. *Patterns of Attendances at Developmental Assessment Clinics*, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, Schottland, 33,249, S.213.
- 63 Todd J E and Dodd T, *Childrens Dental Health in the UK*, 1983, OPCS/HSMO, 1985.
- 64 Marsh G N, and Channing D M, *Deprivation and Ill Health in One General Practice*, *BMJ*, 292, S. 1173.
- 65 *op.cit.*, *Deprivation and ill health*, 1987, S.38.
- 66 Collins E and Klein R, *Equity and the NHS: Self-reported Morbidity, Access and Primary Care*, *BMJ*, 282, 1980, S.1111.
- 67 *op. cit.*, Crombie D L, *RCGP*, 1984.
- 68 Cartwright and O'Brien, *Social Class Variations in Health Care*, in: *The Sociology of the NHS*, zitiert nach: *Inequalities in Health*, 1988, S.71.
- 69 zitiert in der Einleitung zu *Inequalities in Health*, 1988.
- 70 Illife S, *Strong Medicine*, Lawrence and Wishart 1988
- 71 Jones J., *Community Development and Health Promotion: Who is WHO talking to? Radical Community Medicine*, Sommer 1987.
- 72 Moore W, *Healthy Cities: are they on the Horizon?*, *Health Service Journal*, 74,4,1988, S.382.

Occupational Class and Mortality in Adults (Great Britain)

Abb. 1 Men Aged 20-64, 1970-83

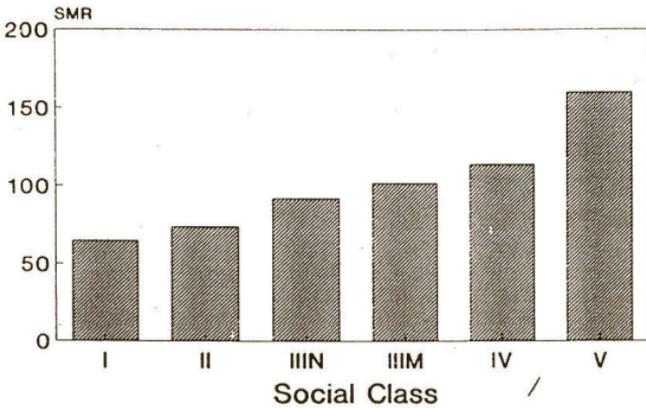
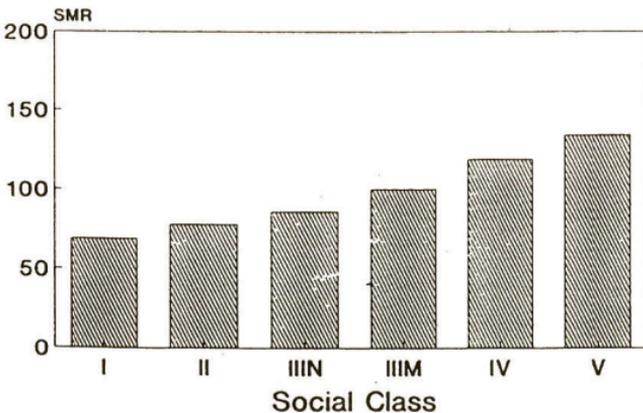


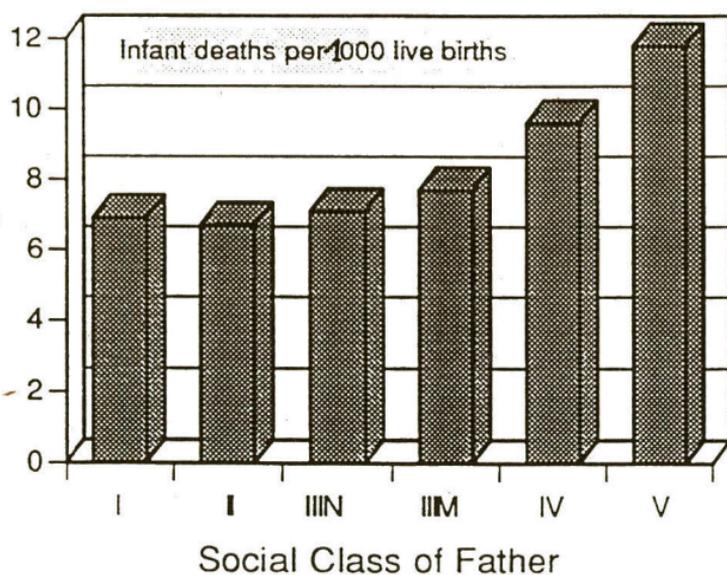
Abb. 2 Women Aged 20-59, 1970-83



Source: The Health Divide, 1987, p229

Abb. 3

Occupational Class and Mortality in Infants (Less Than One Year) 1987 England & Wales

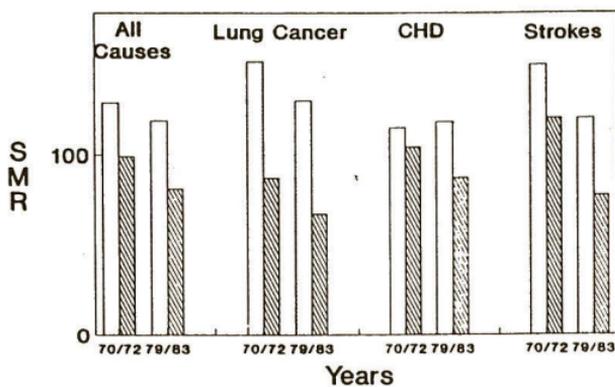


Source: OPCS Mortality Statistics: Perinatal and Infant; Social and Biological Factors 1987

SMR's for Select causes of death in Great Britain 1970-72 and 1979-83 for manual and non-manual groups

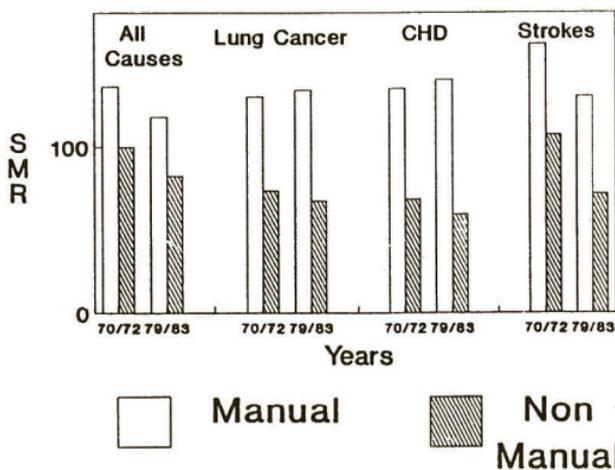
Men Aged 20-64

Abb. 4



Married women aged 20-64
classified by occupation of husband

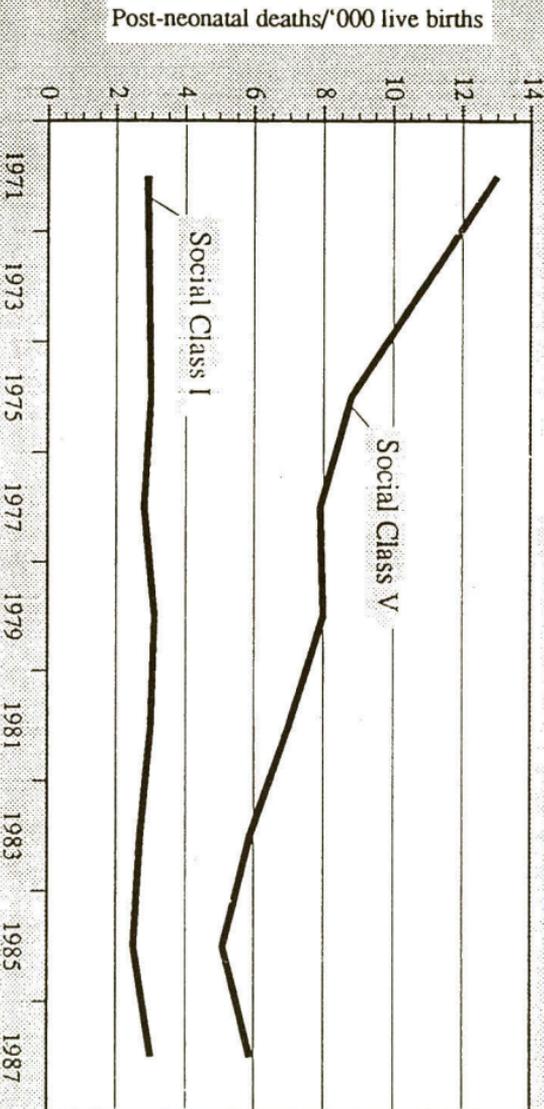
Abb. 5



Source: The Health Divide, 1987, p261

Abb. 6

Post-neonatal Mortality by Father's Social Class, England & Wales 1971-87



Sources: The Health Divide, 1987; OPCS Mortality Statistics, Perinatal and Infant; Social and Biological Factors, 1987