

Hagen Kühn

Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention

Das amerikanische Beispiel¹

1. *Lebensstilbezug als dominierende implizite Gesundheitsstrategie*

Ein Präventionskonzept kann sinnvoll nur im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Realität beurteilt werden, in der es seine Wirkung tun soll. Es gibt kein »eigentlich« effektives Konzept, wenn es nicht unter den gegebenen sozialen Bedingungen in der angestrebten Weise effektiv ist. »Gegeben« ist in den westlichen Industrieländern die Realität sozialökonomischer Klassen und Schichten und angestrebt wird von der Gesundheitspolitik die Verlängerung der gesunden Lebensspanne der Bürger bei Angleichung ihrer sozialökonomisch ungleich verteilten gesundheitsbedingten Lebenschancen.

Die in den Vereinigten Staaten vorherrschend praktizierte – und stark nach Europa ausstrahlende – Prävention und Gesundheitsförderung konzentriert sich weitgehend auf die Beeinflussung dessen, was als »Lebensstil« bezeichnet wird. Ihr implizites ätiologisches und handlungsleitendes Konzept fokussiert sich in der Regel auf folgende Faktoren, die als hauptverantwortliche Ursachen für die verlorenen potentiellen Lebensjahre durch die wichtigsten Krankheitsgruppen koronare Herzerkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus usw. genannt werden:

- Tabakgenuß
- Alkoholgenuß,
- Bewegungsarmut,
- Fehl- oder Überernährung und
- Streß (verstanden als Fehlverhalten).

Langjährige und unvergleichlich aufwendige epidemiologische Forschungsarbeiten wie die Framinghamstudie² und die Alameda-Studie³ und eine Reihe von Regierungsberichten⁴ stellen solche Verhaltensweisen des »Lebensstils« als »Risikofaktoren« für Krankheit und vorzeitigen Tod heraus, an denen präventive und gesundheitsfördernde Strategien üblicherweise ansetzen. Die Aufmerksamkeit wird damit weit mehr – meist sogar ausschließlich – auf einige individuelle Angewohnheiten der Menschen gelenkt, als auf die sozialen und ökologischen Bedingungen ihres Lebens, Bereiche wie Arbeit,

Einkommen, Wohnen, Verkehr, physische Umwelt, Krankenversicherung usw. Im Blick hat man meist lediglich Verhaltensweisen in der *Konsum- und Freizeitsphäre* (mit Ausnahme der Entspannung bei »Streß« in der Arbeit) und dort wiederum vornehmlich Anpassungsverhalten im Unterschied zu solchem Verhalten, das auf die Veränderung der Lebensbedingungen gerichtet sein könnte:⁵

- Rauchen einstellen,
- weniger oder kein Alkohol,
- Jogging, Schnellgehen und Gymnastik,
- weniger oder keine tierischen Fette, weniger Zucker und Kochsalz, mehr Ballaststoffe in der Nahrung, Gewichtsreduktion und
- Erlernen von Entspannungstechniken zur Reduktion von »Streß«;
- hinzu kommt noch die ärztliche (medikamentöse) Behandlung der Risikofaktoren Bluthochdruck und zu hoher Cholesterinspiegel im Blut.

Die amerikanische Gesellschaft kann als ein »natürliches Experiment« für die Wirkungsweise der – in diesem Sinne – lebensstilbezogenen Gesundheitsstrategien betrachtet werden. Nirgendwo dürften diese Form der Gesundheitsförderung und deren verhaltensorientierende Botschaften eine so große – und in manchen Bereichen kaum mehr zu steigernde – Verbreitung haben. Daher können die meßbaren Tendenzen der Entwicklung von Morbidität und Mortalität zum Effektivitätstest dieser Präventionsstrategie herangezogen werden.

Vermutlich gibt es auch kein zweites Land, dessen Bürger den Wert »Gesundheit« so hoch veranschlagen wie die Vereinigten Staaten. Nach einer Gallupumfrage über die Werte, denen die US-Bürger nachstreben, waren die beiden am meisten genannten Ideale »ein gutes Familienleben« (82 Prozent) und »gute physische Gesundheit« (81 Prozent). Eine andere Studie fand heraus, daß 42 Prozent der Befragten »über ihre Gesundheit öfter nachdenken als über irgend etwas anderes, einschließlich Liebe, Arbeit und Geld.«⁶ Eine Studie in Cleveland berichtet darüber, daß 97 Prozent der dort Befragten angibt, »etwas« für die Gesundheit zu tun, sei es, daß sie eine Gesundheitsdiät einhalten, für ausreichenden Schlaf sorgen, körperliche Bewegung oder Entspannungsübungen machen oder ähnliches.⁷ Die durch Meinungsumfragen ermittelte Rate derjenigen Amerikaner, die regelmäßig körperliche Bewegung aus Gesundheitsgründen betreiben, hat sich zwischen 1961 und 1984 von 24 auf 59 Prozent erhöht und der Anteil der Jogger vergrößerte sich von 6 auf 18 Prozent der Bevölkerung und dürfte seither noch um ein Erhebliches angestiegen sein.⁸

Bei der Zwischenevaluierung der Gesundheitsziele des ersten »Healthy People«-Reports von 1979 für das Jahr 1990 hat man auch die Verbreitung von *Kenntnissen* über die Bedeutung von Gesundheitsrisiken gemessen. Es wurden teilweise erhebliche Verbesserungen angezeigt. So erhöhte sich der Prozentsatz der Bürger, die in der Lage sind, Risikofaktoren für Herzkrankheiten zu nennen zwischen 1979 und 1985 von 24 auf 92 Prozent für Bluthochdruck von 32 auf 91 Prozent für Zigarettenrauchen und von 11 auf 86 Prozent für Cholesterin und fettes Essen.⁹ Der Teil der amerikanischen Bevölkerung, der seinen Cholesterinspiegel untersuchen läßt, hat sich zwischen 1983 und 1990 von 35 auf 65 Prozent (mit steigender Tendenz) erhöht.¹⁰ Im gleichen Zeitraum stieg auch der Anteil der Frauen im gebärfähigen Alter, die sich über die Risiken des Alkohols bei der Schwangerschaft bewußt waren, von 73 auf 88 Prozent. Das sind Prozentzahlen, die sich nicht nur in einer Gesellschaft wie der amerikanischen, mit relativ vielen Menschen, die der Landessprache unkundig und/oder Analphabeten sind, kaum noch steigern lassen. Auch in Westeuropa wird man sie schwerlich übertreffen können. Die Kenntnisse dürften also als annähernd maximal verbreitet angesehen werden.¹¹

2. Thesen

Im folgenden wird gezeigt, daß sich bei hohem Verbreitungs- und Bewertungsgrad kognitiven Gesundheitswissens auf der einen und zunehmender Ungleichverteilung der sozialökonomischen Lebensbedingungen und (damit) der Verhaltensressourcen auf der anderen Seite, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sozialökonomisch differenziert und polarisiert. Das dominierende Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzept – so behaupte ich – verstärkt im Erfolgsfalle diese Tendenz.

These 1: Die meisten Indikatoren der gesundheitlichen Lage in den USA weisen für die achtziger Jahre auf Verbesserungen im Durchschnitt der Bevölkerung hin. Differenziert nach Kriterien und Indikatoren der sozialökonomischen Schicht (ethnische Zugehörigkeit, Einkommen, Bildung, Berufshierarchie) sind die Verbesserungen in den oberen Schichten größer als in den unteren. Die Gesundheit der unteren Schichten hat sich in mancher Hinsicht sogar absolut verschlechtert. Das Gleiche gilt für die soziale Verteilung vieler Risikofaktoren. D.h.: das Ausmaß der sozialen Ungleichheit bei Krankheit und Tod hat in den Vereinigten Staaten während der achtziger Jahre zugenommen.

These 2: Diese soziale Ungleichverteilung der gesundheitsbedingten Lebenschancen folgt dem Muster der sozialökonomischen Polarisierung der amerikanischen Gesellschaft im Gefolge der wirtschaftlichen Rezession und der marktradikalen Wirtschafts- und Sozialpolitik zwischen der zweiten Hälfte der siebziger Jahre und der Gegenwart. Obwohl die gesundheitlichen Auswirkungen restriktiver Lebensumstände erst nach längeren zeitlichen Verzögerungen voll zutage treten (besonders in der Sterblichkeitsstatistik), sind beginnende Polarisierungstendenzen bereits ab Mitte der achtziger Jahre statistisch meßbar.

These 3: Das dominierende implizite Lebensstilkonzept ist nicht geeignet, soziale Ungleichheit bei Krankheit und Sterblichkeit zu vermindern. Gerade wo es effektiv ist und gesundheitliche Verbesserungen zu verzeichnen sind, trägt es noch zur Vergrößerung der Ungleichheit bei. Und zwar überall dort, wo die Verbesserungen von objektiven und subjektiven Eigenschaften abhängig sind, die ihrerseits ungleich in der Gesellschaft verteilt sind.

3. *Globale Trends der gesundheitlichen Lage*

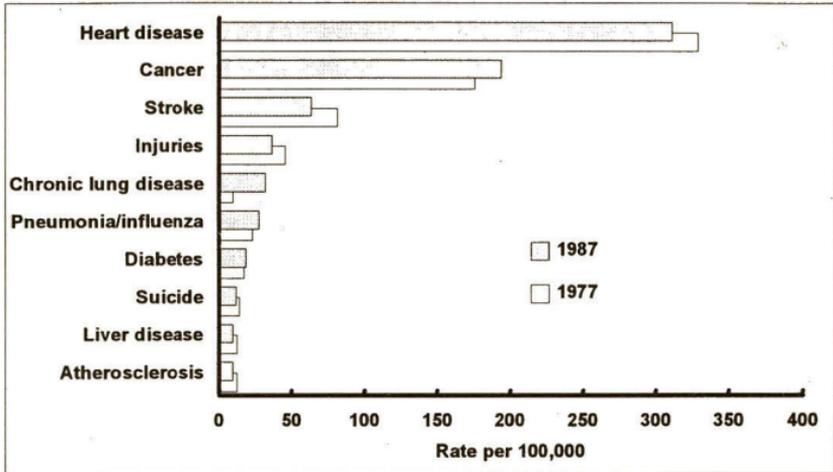
Soweit es Studien und amtliche Statistiken erkennen lassen, ist in den achtziger Jahren die Inzidenz und Mortalität für die meisten Krankheitsarten im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung zurückgegangen. Diese Verbesserungen finden ihren Ausdruck in der durchschnittlichen Lebenserwartung. Sie ist zwischen 1980 und 1989 von 73,7 Jahren auf 75,2 Jahre angestiegen. Auch die Lebenserwartung für Personen mit 65 Jahren verbesserte sich im Durchschnitt von 16,4 auf 17,2 Jahre.¹²

Herzkrankheiten, Krebs, Schlaganfall, Verletzungen und chronische Erkrankungen der Atmungsorgane sind – in dieser Reihenfolge – weiterhin unter den Todesursachen von herausragender Bedeutung. Die Abbildung 1 läßt eine rückläufige Bedeutung der Herzkrankheiten (die aber weiterhin an erster Stelle stehen) und eine – absolute und relative – Zunahme der Todesursache Krebs erkennen.

Die amtliche Statistik berechnet, wieviele »verlorene potentielle Lebensjahre« (pro 100000 Einwohner unter 65 Jahren) auf das Konto der einzelnen Todesursachen gehen. Nach diesem Kriterium kommt den Herzkrankheiten eine geringere Bedeutung zu. Da sie überwiegend erst bei alten Menschen zum Tode führen, nehmen sie mit 689 verlorenen potentiellen Lebensjahren erst die dritte Stelle ein hinter den Unfällen (1078) und bösartigen Neubildungen (848)

Abbildung 1:

Die häufigsten Todesursachen in der US-amerikanischen Bevölkerung, 1977-1987 (Rate pro 100000) – Quelle: US-Department of Health and Human Services: Healthy People 2000, Washington, D.C., 3



und vor den Opfern privater und staatlicher Gewalt («Homicide and legal intervention»: 325). Für die Gesamtbevölkerung verbesserte sich dieser Wert von 6,42 Millionen verlorenen Lebensjahren 1980 auf 5,71 Mio. 1985 und verharrt bis 1989 auf diesem Wert.¹³

Die gesundheitliche Situation wird durch die Mortalitätsraten allerdings nur teilweise ausgedrückt. Die Krankheiten, an denen die Menschen der heutigen Industriegesellschaften sterben, sind zumeist nicht diejenigen, an denen sie einen beträchtlichen Teil ihres Lebens leiden (dazu weiter unten mehr). Die amtliche Gesundheitsstatistik nennt zwei Indikatoren, die, wenigstens für Personen über 64 Jahren, Auskunft geben über die Tage eingeschränkter Aktivität durch akute und chronische Erkrankungen und Bettlägerigkeit. Vergleichbar sind die jährlichen Angaben erst ab 1982. Das 1979 für das Jahr 1990 aufgestellte Gesundheitsziel gab eine Senkung auf jährlich 30 Tage eingeschränkter Aktivitäten und auf 12 Tage Bettlägerigkeit vor. 1988 waren 30,6 Tage bzw. 14,4 Tage erreicht.¹⁴ Im Verlauf der letzten Jahre sind die Angaben schwankend und ein Trend zur Verbesserung ist nicht eindeutig festzustellen.

Die Verbesserungen der gesundheitlichen Lage der amerikanischen Bevölkerung relativieren sich, wenn die *internationalen Gesundheitsstatistiken* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herangezogen werden: Bei der globalen Lebenserwartung liegen die Vereinigten Staaten bei den Frauen an 16. und bei den Männern an

22. Stelle von 38 ausgewählten Ländern mit einer vergleichbaren Gesundheitsstatistik. Die Lebenserwartung der 65jährigen Männer (14,8) ist in zwölf anderen Ländern höher als in den USA, die der 65jährigen Frauen (18,7) in neun anderen Ländern. Bei der Kindersterblichkeit liegt die USA an 24. Stelle (10,1).¹⁵ Bei den kardiovaskulären Erkrankungen rangieren die USA (in der WHO-Statistik) an zehnter Stelle von 27 Ländern und sind um 70 Prozent schlechter als das erste Land; bei Krebs sind sie zwölfte von 27 (50 Prozent schlechter als das erste Land); ebenfalls zwölfte von 27 bei Diabetes mellitus (doppelt so hoch wie die ersten); an 23. Stelle bei den Motorfahrzeugunfällen von 26 Ländern (doppelt so hoch wie das beste Land); an zehnter von 25 Vergleichsländern beim Suizid und schließlich ist die amerikanische Mordrate die höchste aller 25 Vergleichsländer, sie ist neunmal höher als in dem Land mit der niedrigsten Mordrate.¹⁶

Die interessierte internationale Öffentlichkeit registriert seit Jahren augenfällige Verbesserungen bei der Mortalität durch *koronare Herzerkrankungen* (KHK) in den Vereinigten Staaten. Die berichteten Erfolge tragen nicht wenig zur Attraktivität amerikanischer Gesundheitskonzepte bei. Die positive Veränderung bei der KHK-Sterblichkeit¹⁷ liegt sowohl bei den Männern (45 bis 64 Jahre) als auch bei den Frauen weit über dem internationalen Durchschnitt, wengleich das Niveau der Mortalität bei Herzkrankheiten in den Vereinigten Staaten noch immer über dem Durchschnitt der OECD-Länder liegt und schlechter ist als in Kanada, Schweden, West-Deutschland, Frankreich und Japan.¹⁸

In der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit herrscht die Annahme vor, den Rückgang der KHK-Mortalität vor allem zwei Faktoren zuzuschreiben, den Fortschritten der Medizin und Wandlungen des »Lebensstils«, insbesondere der Ernährungsweise (Cholesterin)¹⁹ und des Rauchens. Es werden jetzt aber zunehmend Argumente laut, die Zweifel am Wahrheitsgehalt dieser Meinung aufkommen lassen. Ihre Gültigkeit müßte zumindest auf drei Voraussetzungen beruhen: die koronaren Herzkrankheiten müßten bis zu der statistisch ausgewiesenen Trendwende tatsächlich angestiegen sein, und die Faktoren, die ihr zugeschrieben werden, müßten zu diesem Zeitpunkt schon existiert und ihre Wirkung ausreichend lange getan haben. Schließlich müßte die vom medizinischen Mainstream vertretene Behauptung, der Cholesteringehalt des Blutes sei eine wesentliche Ursache des Herzinfarkts zutreffen. Alle diese Voraussetzungen sind aber fraglich:

Man nimmt an, in der Vergangenheit sei die KHK-Mortalität auf Grund folgender Faktoren angestiegen: hoher Blutfettwert, Zigarettenrauchen, Bluthochdruck, Übergewicht und bewegungsarme Lebensweise.²⁰ Die Ursachenbezogenheit und damit Effektivität der präventiven Beeinflussung dieser Faktoren werde augenscheinlich, da die Trendumkehr der KHK-Mortalität tatsächlich auf ernährungsbedingte Veränderungen des – vermuteten – Risikofaktors Cholesterin, den abnehmenden Zigarettenkonsum und eine bessere Kontrolle des Bluthochdrucks zurückgeführt werden könne.²⁰

Smith führt eine Reihe von Gründen an, daß die Verbesserung nicht – wie die Mortalitätsstatistik aussagt – erst Mitte der sechziger Jahre einsetzte. Der Rückgang der Mortalität durch Herzkrankheiten insgesamt und einige ihrer Untergruppen vollziehe sich schon mindestens seit 1950.²² Verfeinerte Diagnostik, besonders die Verbreitung des Elektrokardiogramm in den fünfziger Jahren, habe bei der Diagnose der Todesursachen zu Umgruppierungen innerhalb der Klassifikation »Herzkrankheiten« geführt. Todesfälle, die früher anderen Ursachen, speziell der Herzhypertrophie und der chronischen Endokarditis zugeschrieben worden seien, seien dann zunehmend als koronare Herzkrankheit erkannt und klassifiziert worden.²³

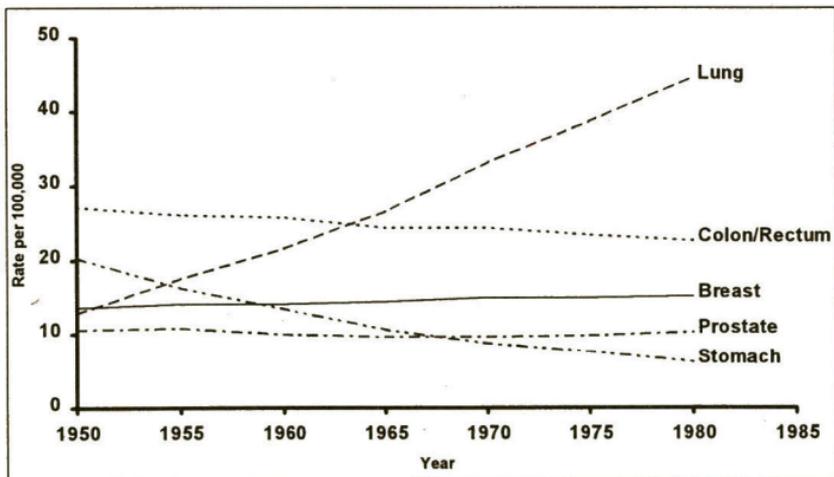
Aber selbst wenn man trotz dieser Einwände eine Trendumkehr erst Mitte der sechziger Jahre unterstellen will, können die veränderte Ernährungsweise, der rückläufige Zigarettenkonsum und die Senkung des Bluthochdrucks dafür nicht verantwortlich sein. Es ist zwar richtig, wenn die Verfechter der Cholesterin-Hypothese von einem abnehmenden Anteil der tierischen Fette an der Ernährung sprechen, aber sie erwähnen nicht, daß dies auch für die vorhergehenden Jahrzehnte zutrifft, für die eine wachsende KHK-Sterblichkeit angenommen wird.²⁴ Daten des Nationalen Gesundheits- und Ernährungssurveys berichten, daß in der amerikanischen Bevölkerung zwischen 1960 und 1980 der mittlere Cholesterinspiegel im Blut von 220 mg auf 213 mg pro Deziliter zurückgegangen sei.²⁵ Davon abgesehen, daß die Validität solcher Messungen umstritten ist²⁶, wird der gesundheitliche Nutzen einer solch geringfügigen Veränderung selbst von den Verfechtern der Cholesterinannahme nicht behauptet. Auch der Zigarettenkonsum hatte 1964, im Jahr der unterstellten Trendumkehr, gerade seinen Höhepunkt erreicht, konnte sich also noch nicht so ausgewirkt haben, daß sein Rückgang als Ursache der *Umkehr* des langfristigen Trends in Frage kommen könnte. Und das Nationale Bluthochdruck-Programm, für das

gleichfalls ein Anteil am Erfolg reklamiert wird, fiel gar erst in die siebziger Jahre, also auch lange nach der unterstellten Wende.

Die Cholesterin-Hypothese für die Herz-Kreislaufkrankungen wird weder durch diese oberflächliche historische Zusammenhangsbauptung noch durch die zahlreichen epidemiologischen Studien und klinischen Großversuche bestätigt, nicht einmal durch diejenigen, die in den führenden Zeitschriften als Beweise interpretiert werden. Das wird durch neuere kritische Untersuchungen immer mehr evident.²⁷ Eine neulich im British Medical Journal erschienene Meta-Studie kommt zu folgendem Fazit: »In den 22 kontrollierten cholesterinsenkenden Versuchen, wurde weder die KHK-Sterblichkeit noch die Gesamtsterblichkeit signifikant verändert, auch nicht in irgend einer Untergruppe. (...) Schlußfolgerung – Die Senkung des Cholesterinspiegels reduziert nicht das Sterblichkeitsrisiko und es ist unwahrscheinlich, daß es die koronare Herzerkrankung verhindert. Behauptungen des Gegenteils stützen sich auf selektive Zitierweisen unterstützender Versuchsergebnisse.«²⁸ Die rückläufige KHK-Sterblichkeit wartet also noch immer auf eine Erklärung und kann derzeit für kein wie auch immer geartetes Konzept reklamiert werden.

Abbildung 2:

Sterblichkeit durch Krebs, ausgewählte Krebskrankheiten, 1950-85, USA – Quelle: *McKinley, J.B. et.al. (1989): A Review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States, in: International Journal of Health Services, Vol.19 , No.2, 193*



Bei der zweithäufigsten Todesursache *Krebs* ist es schwierig, von Erfolgen zu sprechen und eine Tendenz auszumachen. Die Abbildung 2 zeigt die längerfristigen Trends zwischen 1950 und 1980, deren auffälligstes Merkmal die enorme Bedeutungszunahme des Lungenkrebses ist. Zwischen 1980 und 1988 hat die altersbereinigte Sterblichkeit für Lungenkrebs bei den weißen Frauen um 36 Prozent und bei den schwarzen Frauen um 26 Prozent zugenommen, während sie bei den Männern in etwa stabil geblieben ist. Jeder fünfte Tod und ein gleicher Anteil an den verlorenen potentiellen Lebensjahren (mehr als bei Herzkrankheiten) ist durch Krebs verursacht. Nun ist Krebs keine einheitliche Krankheit, sondern ein zusammenfassender Begriff für über 100 Krankheiten, deren Gemeinsamkeit im unkontrollierten Wachstum abnormaler Zellen besteht. Die Sterblichkeit für alle Krebsarten steigt bis 1989 noch immer an.²⁹ Bei Männern (altersstandardisiert) ist der Anstieg noch immer zu verzeichnen, während Frauen mit leicht abnehmender Häufigkeit an Krebs sterben. Fragt man nach den Altersgruppen, dann ist die Bevölkerung über 54 Jahre noch immer in steigendem Maß vom Krebstod betroffen, während bei allen Altersgruppen unter 54 Jahren die globale Krebsmortalität rückläufig ist. Am günstigsten sieht es dabei für die Kinder unter 16 Jahren aus, die Ende der achtziger Jahre 33 Prozent weniger an Krebs gestorben sind als 1973.³⁰

Was die Krebs-Inzidenz angeht, besteht kein Zweifel an dem immer noch ansteigenden Trend für beide Geschlechter. Da das Wachstum der Inzidenz größer ist als das der Mortalität, könnte man auf verbesserte Überlebensraten schließen, falls man sicher sein könnte, daß dies nicht ein Effekt verbesserter Diagnostik und größerer Aufmerksamkeit ist.³¹

McGinnis, leitender Beamter für Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitsministerium, reklamiert Verbesserungen bei der Mortalität durch »nicht-tabak-verursachten« Krebs um 10 Prozent.³² Diese Zuschreibung beruht auf Annahmen über die Krebsverursachung, die von »Healthy People 2000« entsprechend dem National Cancer Institute wie folgt zusammengefaßt werden: »Der Beitrag von Faktoren des Lebensstils und der Umwelt zur Krebssterblichkeit wird folgendermaßen geschätzt: Ernährung (ungefähr 35 Prozent aller Krebstoten), Tabak (30 Prozent), Sexualverhalten (7 Prozent), Beruf (4 Prozent), Alkohol (3 Prozent), geophysikalische Faktoren (3 Prozent), Umweltverschmutzung (2 Prozent), Industrieprodukte (1 Prozent) sowie Medikamente und medizinische Prozeduren (1 Prozent).«³³ Arbeits- und umweltmedizinische Experten

halten diese Aufstellung für indiskutabel, da sie auf die Lebensstiltheorie zugeschnitten sei.³⁴

Ursachenbezogene Aussagen täten denn auch gut daran, der Empfehlung des »Lancet« zu folgen, die an die sehr begrenzte Aussagefähigkeit der Sammelbezeichnung »Krebs« erinnert und zu bedenken gibt, daß »zwar einige umwelt- und verhaltensbedingte Risikofaktoren einigen Krebsarten gemeinsam sind, es aber unwahrscheinlich ist, daß es welche gibt, die alle gemeinsam haben.«³⁵ Die herrschende Meinung kommt in »Healthy People 2000« zu der Schlußfolgerung: »Die Reduzierung des Tabakkonsums und Veränderungen der Ernährung durch weniger Fett und mehr Früchte, Gemüse, Getreideprodukte und somit faserhaltige Nahrung versprechen den größten Erfolg bei der Verringerung der Krebs-Inzidenz und letztlich der Krebssterblichkeit.«³⁶ Die auffälligste innere Widersprüchlichkeit der herrschenden Meinung besteht in folgendem: Die Veränderung des realen amerikanischen Ernährungsmusters (Reduzierung von tierischen Fetten und Cholesterin, die Zunahme von Pflanzenfett und faserreicher Nahrung) gilt als Erfolgsursache der rückläufigen KHK-Sterblichkeit und bedeutender Präventionsfaktor. Andererseits werden mit der Ernährung 35 Prozent der Krebssterblichkeit erklärt (s.o.). Wie kann man unter dieser Annahme vermeiden, die empfohlene Diät auch für die *Zunahme* der Krebssterblichkeit verantwortlich zu machen? Das müßte um so mehr zu denken geben, da in den wissenschaftlichen Großversuchen die Rückgänge der KHK-Mortalität in der Interventionsgruppe nicht zuletzt durch zusätzliche Krebs-Sterbefällen ausgeglichen worden sind.³⁷

Die Durchschnittswerte der Krankheits- und Sterbestatistik haben für die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung von so großer sozialer Disparität einen nur begrenzten Aussagewert. Bevor jedoch die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen betrachtet wird, sind einige Informationen über die in den achtziger Jahren wachsende sozialökonomische Polarisierung der amerikanischen Gesellschaft notwendig.

4. Sozialökonomische Polarisierung in den achtziger Jahren

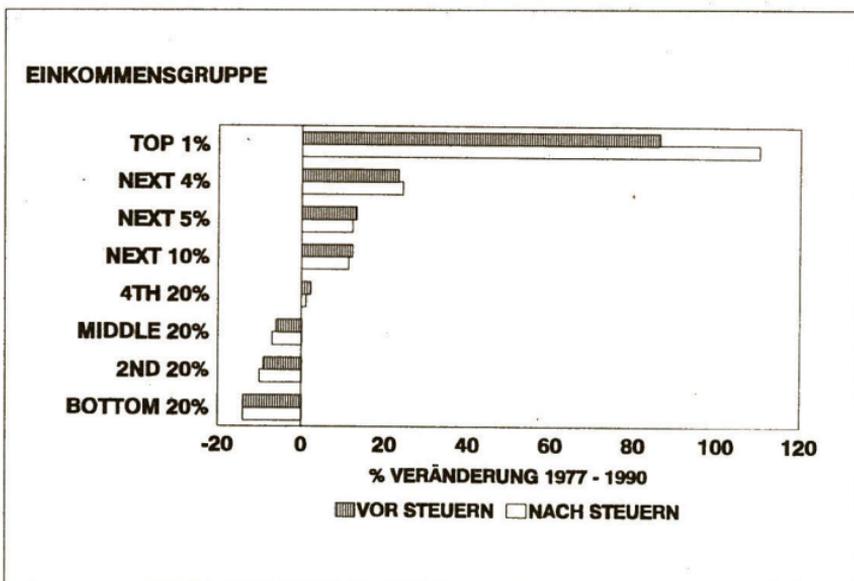
Die achtziger Jahre waren, mit Ausnahme einer scharfen und kurzen Rezession zu Beginn, eine Periode gesamtwirtschaftlichen Wachstums, in der die Zahl der beschäftigten Arbeitskräfte zugenommen hat.³⁸ Trotz Wachstum und steigender Beschäftigung jedoch haben

die Reallöhne zwischen 1980 und 1990 absolut abgenommen.³⁹ Die »Arbeitsproduktivität« der Industrie hat sich – entgegen einer verbreiteten Ansicht – in den achtziger Jahren um durchschnittlich 3,4 Prozent verbessert.⁴⁰ Ihre statistische Definition (Wertschöpfung pro Arbeitseinheit) beinhaltet sowohl den technischen Fortschritt als auch die gesteigerte Arbeitsintensität. Sinkende Reallöhne und steigende Produktivität lassen also sowohl auf gestiegene *Arbeitsbelastung*, als auch auf einen enormen *Verteilungsverlust* der Arbeitskräfte schließen.

Selbst die Aufschwungsjahre zwischen 1982 (Ende der Rezession) und 1987 sind durch den Fortgang der Einkommenspolarisierung gekennzeichnet.⁴¹ Wie die Abbildung 3 zeigt, sind die Realeinkommen für das wohlhabendste Hundertstel der Bevölkerung zwischen 1977 und 1990 brutto um 80 und netto um 110 Prozent gestiegen.⁴² Im gleichen Zeitraum sind die Einkommen der unteren 60 Prozent der Amerikaner real gesunken. Die ärmsten 20 Prozent haben eine Einbuße von 15 Prozent ihres Realeinkommens.⁴³ Die meisten sozialpolitischen Programme sind gleichfalls gekürzt worden.⁴⁴

Abbildung 3:

Veränderungen des Realeinkommens 1977-1990, nach Einkommensgruppen, in Prozent – Quelle: *Himmelstein, D.U.; Woolhandler, S. (1992): The National Health Program Chartbook, Center for National Health Program Studies, Cambridge, Mass.*



Der Fortschritt in der Bekämpfung der *Armut*, der in den sechziger Jahren erzielt worden ist, wurde in den achtziger Jahren zu einem guten Teil wieder hinfällig.⁴⁵ 39,5 Millionen Amerikaner mußten 1959 von einem Einkommen unter der Armutsgrenze leben.⁴⁶ 1978 waren es noch 24,7 Millionen (Tiefststand), zehn Jahre später wieder 32,2 Millionen Menschen. Der Anteil der amtlich definierten Armutsbevölkerung ist von 22,4 (1959) auf 11,4 Prozent der Bevölkerung im Jahre 1978 (tiefster Wert) gesunken, in den ersten Reagan-Jahren waren 1983 wieder 15,2 Prozent (35,3 Millionen Personen) erreicht. 1991 lebten 35,7 Millionen (14,3 Prozent) Amerikaner unter der Armutsgrenze mit stark ansteigender Tendenz infolge der seither anhaltenden und sozialpolitisch kaum abgefederten Rezession.⁴⁷ Mit weniger als 125 Prozent des Armutssatzes lebten 1988 42,7 Millionen oder 17,3 Prozent der Bevölkerung. 43,2 Prozent der schwarzen Kinder werden für 1989 in der amtlichen Definition als arm bezeichnet. Eine Studie der Tuft-Universität ermittelte, daß sich die Zahl der *hungernden Amerikaner* in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre auf 30 Millionen verdoppelt hat.⁴⁸ Diese dramatische Entwicklung kann in den angeführten Gesundheitsstatistiken noch keinen Niederschlag gefunden haben, aber sie läßt vermuten, daß die in den achtziger Jahren beginnende Polarisierung der Gesundheit sich eher noch verstärken wird.

In den Zahlen der Einkommensstatistik kommt die sozialökonomische Differenzierung der Lebensumstände nur beschränkt zum Ausdruck. Nicht einmal die Möglichkeiten der Teilhabe an der gesamten Warenfülle sind damit gänzlich erfaßt. Von den Arbeitsbedingungen, der sozialen Integration (social support) und sozialen Sicherheit, der Wohnung und Wohnumgebung, den stofflichen Umweltbedingungen, Bildungschancen, Erholungsmöglichkeiten und anderen Bedingungen der Gesundheit ganz zu schweigen. Allerdings dürften sie in etwa der gleichen Weise sozial verteilt sein.

5. Indikator: *Ethnische Zugehörigkeit*

Die amtliche Gesundheitsstatistik der Vereinigten Staaten veröffentlicht nur wenige Daten, die einen direkten Bezug auf die sozialökonomische Struktur der Gesellschaft zulassen. Die Spärlichkeit von statistischen Angaben über die Zusammenhänge von Krankheit und sozialer Lage steht in keinem Verhältnis zur Üppigkeit, mit der andere Daten und Erkenntnisse präsentiert werden.

Die politischen Kämpfe gegen Rassendiskriminierung haben dazu geführt, daß die amtlichen Statistiken in vielen Fällen die Daten der afroamerikanischen Minderheit gesondert aufführen. Da sich die schwarze und weiße Bevölkerung in ihrem durchschnittlichen sozial-ökonomischen Status voneinander unterscheiden, d.h. überproportional viele Afroamerikaner den unteren Schichten der Gesellschaft angehören, ist es üblich geworden, die entsprechenden statistischen Unterschiede hilfsweise als *Indikatoren für sozioökonomische Ungleichheit* zu nehmen. Tatsächlich wird damit die Realität der soziale Ungleichheit *untertrieben*:

Die schwarzen Amerikaner verdienen pro Kopf 1988 nur 63 Prozent des durchschnittlichen nationalen Pro-Kopf-Einkommens, 31,6 Prozent der Schwarzen gilt im amtlich-statistischen Sinne als arm (Durchschnitt 13,1 Prozent) und fast die Hälfte der schwarzen Kinder unter 16 Jahren lebt unterhalb der Armutsgrenze (15,2 im Durchschnitt).⁴⁹ Nur 58 Prozent der Schwarzen unter 65 Jahren hatten eine private Krankenversicherung (81 Prozent der Weißen), 18 Prozent hatten einen Sozialhilfeanspruch auf medizinische Versorgung (Medicare) und 22 Prozent waren 1988 überhaupt nicht krankenversichert (Durchschnitt 13 Prozent).⁵⁰

Aber es sind bei weitem nicht mehr alle Schwarzen arm und viele Weiße leben in Armut: 1988 hatten 33,8 Prozent aller schwarzen Haushalte ein jährliches *Einkommen* von unter 10000 Dollar. Von den weißen Haushalten waren dies zwar nur 14,8 Prozent. Nimmt man die absoluten Zahlen, dann ist ersichtlich, daß davon 3,6 Millionen schwarze und 11,8 Millionen weiße Haushalte betroffen sind, es also *3,3 mal so viele weiße Haushalte* in dieser ärmsten Einkommensgruppe gibt wie Haushalte schwarzer Amerikaner. Während 40,2 Prozent der weißen Haushalte 1988 auf mehr als 35000 und 22,1 Prozent auf mehr als 50000 Dollar kamen, waren es unter den schwarzen Haushalten zwar nur 21,3 und 9,9 Prozent, aber das sind immerhin genug zum Beleg, daß es an der Hautfarbe nicht liegt.⁵¹

Das Entsprechende zeigt auch die *Beschäftigungsstatistik*: Der Anteil der Schwarzen an der Gesamtbeschäftigung liegt mit 10,1 Prozent unterhalb ihres Bevölkerungsanteiles von 12 Prozent. Wenn sie eine Beschäftigung haben, dann sind sie überdurchschnittlich in weniger qualifizierten, schlechter bezahlten und unsichereren Berufen zu finden (Fabrikarbeiter, Haushaltshilfen, Hilfen in kleinen Dienstleistungsbetrieben, untere Verwaltungsangestellte usw.). Aber auch das gilt nicht generell. Die Kategorie »managerial and professional speciality« (s. Abbildung 7) ist zwar mit fast 30 Millionen

Beschäftigten (von 115 Mio.) weitläufig angelegt, auch werden die Schwarzen hier in den »oberen Regionen« des wirtschaftlichen und akademischen Lebens noch stärker unterrepräsentiert sein, aber ihr Anteil macht immerhin 6,1 Prozent aus (bei 10,1 Prozent an der Gesamtbeschäftigung und 12 Prozent der Bevölkerung).⁵²

6. *Ethnische Zugehörigkeit und Gesundheit*

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen weißen und schwarzen Amerikanern sind ganz überwiegend eine komplexe Folge des generationenlangen Leidensweges dieser Minderheit.⁵³ Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit und verlorene potentielle Lebensjahre sind Indikatoren, denen ein über das unmittelbar Gemessene hinausgehender Informationsgehalt für die gesundheitliche Lage zugeschrieben wird: Die Verläufe aller drei Größen entsprechen den eingangs formulierten Thesen: Erstens: die soziale Ungleichheit (hier gemessen an der ethnischen Ungleichheit) nimmt durchschnittlich bis Ende der siebziger Jahre ab, vergrößert sich aber danach wieder, mit zeitlicher Verzögerung zur sozialökonomischen Polarisierung. Zweitens: Verbesserungen der Durchschnittswerte für die Gesamtbevölkerung gehen einher mit Stagnation oder Verschlechterung bei der afroamerikanischen Minderheit:

Die allgemeine *Lebenserwartung* bei der Geburt hat sich von durchschnittlich 69,7 Jahren 1960 über 72,6 Jahre 1975 auf 74,9 Jahre verbessert. Seit Mitte der achtziger Jahre stagniert sie.⁵⁴ Die Differenz zwischen weißen und schwarzen Amerikanern betrug 1960 7,4 Jahre für beide Geschlechter, ging dann auf 6,6 Jahre 1975 und 5,8 Jahre 1985 zurück. In den vier Jahren vor 1988 wuchs der Unterschied wieder auf 6,4 Lebensjahre. Das geht auf die seit 1984 absolut sinkende (von 65,6 Jahren 1984 auf 65,1 Jahre 1988) Lebenserwartung der afroamerikanischen Männer zurück. Die Rassenunterschiede sind vom Tiefpunkt 1984 (6,2 Jahre) bis 1988 wieder auf 7,4 Jahre gewachsen und haben steigende Tendenz.⁵⁵

Das gleiche Muster finden wir bei der (neonatalen und postneonatalen) *Säuglingssterblichkeit*: Sie sank im Durchschnitt von 26,0 pro 1 000 Lebendgeborenen 1960 auf 10,0 im Jahr 1988. Bei den Weißen starben 1960 pro 1 000 Geburten 22,9 und im Jahr 1988 nur noch 8,5 Kinder gegenüber 44,3 und 17,6 Kindern schwarzer Eltern. Während sich das Verhältnis von 1960 (1,93) bis 1975 leicht verbesserte (1,84), ist es seither auf 2,1 angestiegen, d.h. die Unterschiede sind heute sogar größer als sie 1960 waren.⁵⁶

Die amtliche Statistik veröffentlicht für die Jahre seit 1980 die »verlorenen potentiellen Lebensjahre« für die Altersgruppe der unter 65jährigen Amerikaner. Auch hier sind die Unterschiede zwischen Weißen und Schwarzen offensichtlich: Von 1980 bis 1988 sank die Gesamtzahl der verlorenen potentiellen Lebensjahre um fünf Prozent. Vergleicht man die standardisierten Zahlen pro 100 000 Einwohner, so beträgt der Verlust bei den Weißen 1988 5 698,2 Jahre und bei den Schwarzen 13 845,5 Jahre, das ist das 2,1fache. Nur acht Jahre zuvor war es noch das 1,89fache. Auch bei den Frauen wächst bei durchschnittlichen Verbesserungen die Ungleichheit: 1980 verloren schwarze Frauen das 1,99fache an potentiellen Lebensjahren der weißen Frauen und 1988 ist das Verhältnis auf das 2,13fache angestiegen.⁵⁷

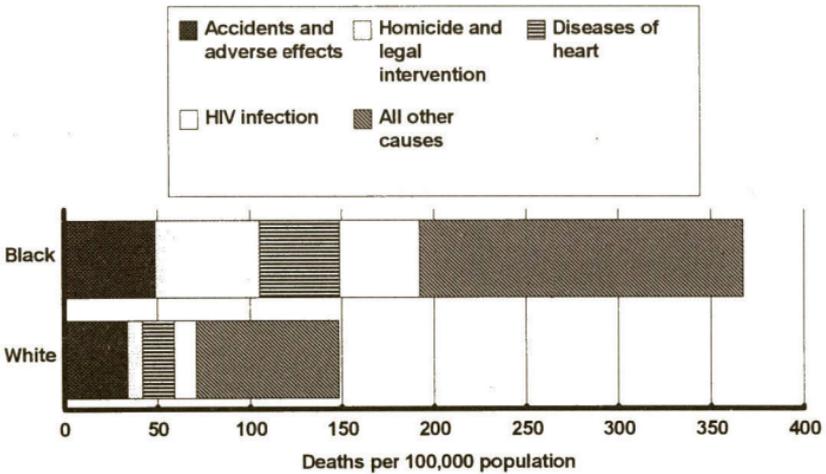
Für die meisten einzelnen Todesursachen ist die Mortalität für Schwarze höher als für Weiße und für viele darunter sind die Unterschiede ansteigend. D.h. auch wenn sich in diesen Fällen nicht selten die absoluten Zahlen verbessern, dann verbessern sie sich für die Weißen schneller als für die Schwarzen.⁵⁸

Die jugendlichen Schwarzen von 15 bis 24 Jahren sterben 1,53 mal häufiger als ihre weißen Altersgenossen. Hauptursachen sind Unfälle, Morde und polizeilichen Aktionen (»legal interventions«) sowie Selbstmord, also ausschließlich soziale Faktoren. Das »relative Risiko« für Morde und Polizeiaktionen ist bei den Schwarzen 7,38 mal so groß wie bei den Weißen ($59/100\,000 : 8/100\,000$).⁵⁹ In der Altersgruppe der 25 bis 44jährigen Amerikaner (Abbildung 4) ist die Sterblichkeit der Schwarzen um das 2,46fache höher als bei den Weißen. Die Unterschiede bei den tödlichen Verletzungen betragen das 1,6fache, bei Mord und Polizeiaktionen das 8fache ($56/100\,000$ zu $8/100\,000$), beim Tod durch Herzkrankheiten das 2,58fache und durch AIDS das 3,58fache, »alle anderen Ursachen« führen bei Schwarzen 2,27 mal häufiger zum Tod als bei ihren weißen Altersgenossen.⁶⁰ Die hier einzeln aufgeführten Todesursachen sind für den relativ größten Teil der durchschnittlich verlorenen Lebensjahre verantwortlich, da gerade die jüngeren Altersgruppen ein hohes Risiko haben. Die Zahl der Opfer von Gewalt (Mord und Totschlag) hat in den achtziger Jahren besonders drastisch zugenommen, sie erreicht in zwei Jahren annähernd die Zahl der amerikanischen Gefallenen im Vietnam-Krieg.

In der Altersgruppe der 45- bis 64jährigen Amerikaner beiderlei Geschlechts sind die Unterschiede in der Sterblichkeit mit dem 1,75fachen Wert für die Schwarzen zwar immer noch sehr stark, aber

Abbildung 4:

Mortalität für ausgewählte Ursachen bei Personen im Alter von 25 bis 44 Jahren, nach ethnischer Herkunft, USA 1988 – Quelle: Health United States, 1990, 14 und 42.



erheblich geringer als bei den jüngeren Erwachsenen. Die größte Ungleichheit ist beim Schlaganfall zu verzeichnen (das 2,97fache). Die Herzkrankheiten sind die häufigste Todesursache bei den Schwarzen und die zweithäufigste bei den Weißen, bei denen der Tod durch Krebs die erste Stelle einnimmt.⁶¹

Wie nicht anders zu erwarten ist die Ungleichheit in der höchsten Altersgruppe der über 65jährigen Amerikaner mit der 1,1lfachen Mortalität bei den Schwarzen gegenüber den Weißen durch Selektionsprozesse in der Sterblichkeit am geringsten. In beiden Gruppen sind die Herzkrankheiten die mit Abstand häufigste Todesursache, die bei den Schwarzen nur 1,05fach häufiger vorkommt. Beim Krebs, als der zweithäufigsten Ursache ist es noch das 1,16fache.⁶²

Eine herrschaftskonforme Thematisierung sozialer Mißstände ist deren Zurückführung auf genetische Ursachen. Nach der im amerikanischen Alltagsbewußtsein verankerten Ansicht ist auch die Verelendung der schwarzen Bürger rassistisch bedingt. Dem widerspricht allerdings selbst der schwache Widerschein der Realität, als der die quantitativen Maße der Gesundheitsstatistik nur bezeichnet werden können. Mit Deutlichkeit wird sichtbar, daß die soziale Unterschiedlichkeit im Gesundheitsstatus erheblich größer ist als die zwischen den ethnischen Gruppen. Dafür Beispiele:

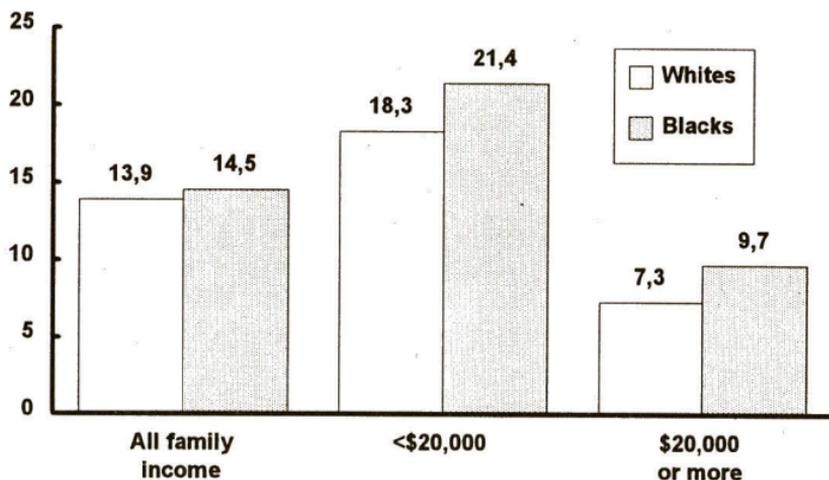
Personen, die im National Health Interview Survey ihre eigene Gesundheit als »schlecht« (»poor« oder »fair«) eingeschätzt haben,

können in zwei Einkommensklassen von weniger und mehr als 20000 Dollar Jahreseinkommens unterteilt werden. In jeder der beiden Gruppen ist die Gesundheit der Schwarzen etwas schlechter als die der Weißen. In der Gruppe mit über 20000 Dollar sind 5,1 Prozent der weißen und 7,6 Prozent der schwarzen Amerikaner bei schlechter Gesundheit. Aber bei den Weißen mit weniger als 20000 Dollar ist das mit 16,6 Prozent 2,18 mal häufiger der Fall als bei der schwarzen Bevölkerung mit mehr als 20000 Dollar jährlich.⁶³

Ähnlich verhält es sich beim Anteil von Personen, die an wichtigen Lebensaktivitäten durch eine chronische Krankheit gehindert sind (Abbildung 5). Einkommensstandardisiert liegt er bei den Schwarzen nur geringfügig über dem der Weißen (14,5 zu 13,9 Prozent). Sowohl bei den Personen mit unter als auch mit über 20000 Dollar Familieneinkommen liegen die Werte der Schwarzen schlechter. Aber den Schwarzen der oberen geht es weit besser als den Weißen der unteren Einkommensgruppe. Ein Teil der hier scheinbar noch »rassisch« bedingten Unterschiede erklärt sich durch den relativ niedrigeren sozialökonomischen Status der Schwarzen innerhalb jeder Gruppe.

Abbildung 5:

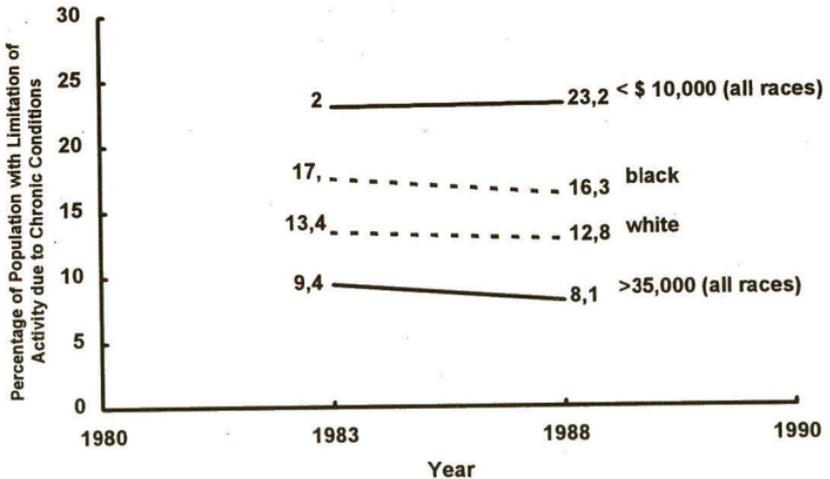
Durchschnittlicher Prozentsatz der Personen mit chronischen Einschränkungen der Lebensaktivitäten; nach Familieneinkommen und Rasse, 1985-87 – Quelle: National Center for Health Statistics: Vital and Health Statistics, Health of black and white Americans, 1985-87; zit.n. Navarro, V. (1990): Race or class ..., a.a.O., 1239



Die Abbildung 6 gibt Zahlen aus dem National Health Interview Survey wieder. Hier wurden die Personen ermittelt, die unter Einschränkungen ihrer Funktionsfähigkeiten durch chronische Bedingungen leiden. Das waren 1988 bei den Weißen 12,8 und bei den Schwarzen 16,3 Prozent. Wenn man nach Einkommensgruppen unterteilt, dann sind von den Personen mit unter 10000 Dollar 23,2 Prozent und bei denen mit über 35000 Dollar 8,1 Prozent durch chronische Bedingungen stark eingeschränkt. Vergleicht man nun noch die Werte im Zeitverlauf zwischen 1983 und 1988, dann bestätigt sich wieder das eingangs skizzierte Muster: Für alle Amerikaner im Durchschnitt, für die Schwarzen ebenso wie für die Weißen, nimmt der Anteil der chronisch stark eingeschränkten Personen ab, in diesem Fall sogar die Ungleichheit zwischen den beiden ethnischen Gruppen. Vergleichen wir aber die Einkommensgruppen, so zeigt sich, daß die Armen aller Rassen (unter 10000 Dollar) an diesem Fortschritt nicht teilnehmen (1983: 23,0 und 1988: 23,2), während die Verbesserungen für die sozialökonomischen Mittel- und Oberklassen in nur 5 Jahren ausgeprägt sind.

Abbildung 6:

Einschränkungen der Lebensaktivitäten durch chronische Bedingungen, nach Einkommen und Rasse, 1983-88 – Quelle: Health United States, 1989, zit. n. Navarro, V (1990): a.a.O., 1239



7. Soziale Ungleichheit bei Krankheit

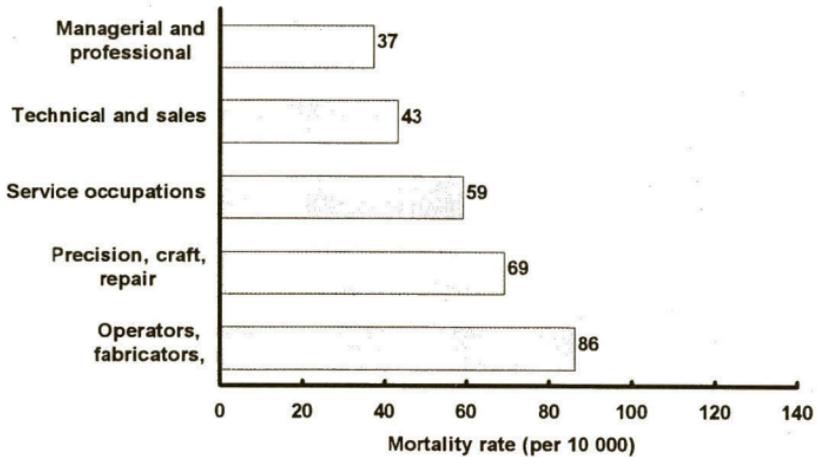
Immer wieder haben Epidemiologen nachgewiesen, daß sich mit wenigen Ausnahmen die Todesursachen und Krankheitsinzidenzen nach sozialökonomischen Merkmalen in einer solchen Deutlichkeit unterscheiden, die weder mit den gebräuchlichen Risikofaktoren des Lebensstils noch mit rassischen oder ethnischen Unterschieden allein erklärt werden kann.⁶⁴ Die am häufigsten benutzten Indikatoren für soziale Klassen in der Epidemiologie sind die Faktoren *Beruf (Beschäftigung)*, *Bildung* und *Einkommen*. Der Pragmatismus, mit dem sie meistens ausgewählt werden, ist theoretisch besser begründbar, als normalerweise angenommen wird. Alle drei Indikatoren sind in Bezug auf Krankheit und Sterblichkeit gleichermaßen reageibel, daher liegt es nahe, nach einem gemeinsamen Merkmal zu fragen. Das ist der *ökonomische Reproduktionsprozeß* der Gesellschaft: Der zentrale Mechanismus, der dieser ökonomischen Reproduktion die ihr adäquate soziale Schichtung sichert und reproduziert ist der *Arbeitsmarkt*. Fast alle gesundheitsrelevanten Elemente des sozialökonomischen Status von abhängig Arbeitenden verteilen sich gemäß deren Fähigkeit (bei nicht Berufstätigen: der Fähigkeit des »Haushaltsvorstands«), ihr Arbeitsvermögen erfolgreich anzubieten. Die *Bildung* reproduziert sich im Hinblick auf die Erfordernisse des Arbeitsmarktes, der *berufliche Status* wird sozusagen auf den Arbeitsmärkten zugewiesen und die *Einkommensverteilung* folgt letztlich aus den relativen Knappheitsgraden der angebotenen Arbeitskraft.⁶⁵

Die Ergebnisse des National Mortality Followback Survey von 1986 zeigen, daß Personen mit geringer formaler Bildung, geringem Einkommen, die entsprechend zu den unteren arbeitenden Schichten (»operators, laborers, fabricators«) gehören, mit signifikant größerer Wahrscheinlichkeit an Herzkrankheiten sterben als die jeweils bessergestellte Gruppe. Die Abbildung 7 zeigt überdies, daß der gesamten Berufshierarchie eine ebensolche Hierarchie der Sterblichkeit entspricht.⁶⁶

Auch hier finden wir die Annahme *zunehmender* Ungleichheit bestätigt: Eine Forschergruppe benutzte als Indikator lediglich die Zahl der Ausbildungsjahre. Die Mortalität durch Herzkrankheiten zwischen 1960 und 1984 ist bei den Männern mit nur sieben oder weniger Ausbildungsjahren unverändert. Die international weit überdurchschnittliche Abnahme der Herzmortalität in den USA hat also in der Unterschicht gar nicht stattgefunden. In einer Nacherhebung

Abbildung 7:

Mortalitätsrate für Herzkrankheiten nach Berufsgruppen, USA, 1986 – Quelle: Statistical abstract of the United States, 1988, 376-77, berechnet v.u.zit.n. Navarro, V (1990): a.a.O., 1238



Für alle Herz- und Kreislaufkrankheiten sind die Sterblichkeitsunterschiede zwischen den sozialökonomischen Schichten größer als zwischen den rassistischen Merkmalen: Die berichtete Morbiditätsrate bei »Blue-collar-workers« (operators) betrug mit 9,5 Prozent das 2,9fache der akademischen Berufe (3,2), aber der Unterschied zwischen Weißen und Schwarzen ist nur 1 zu 1,9. Auch für die Verteilung von Krebs nach der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit gibt es zahlreiche epidemiologische Belege.⁶⁸

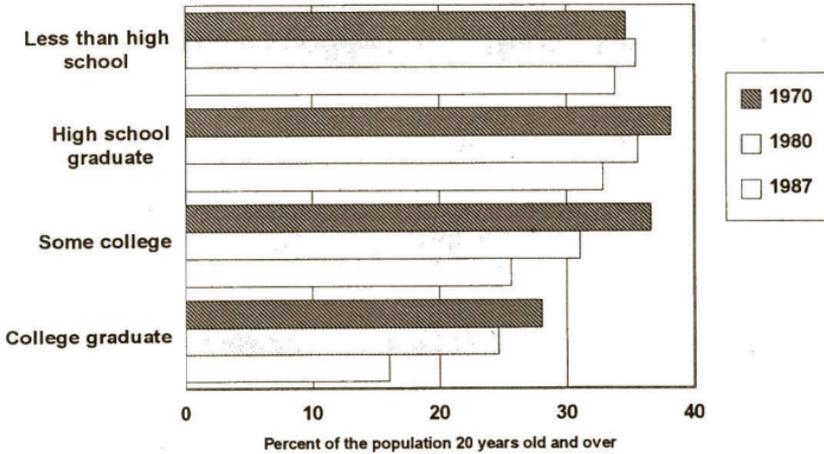
8. Soziale Ungleichheit bei den »Risikofaktoren« des Lebensstils

Nicht nur Krankheit und chronische Einschränkungen, sondern auch die – eingangs aufgelisteten – pathogenen »Risiken«, die heute dem Lebensstil zugeschrieben werden, verteilen sich unterschiedlich auf die sozialökonomischen Schichten. In den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts waren Rauchen, Bewegungsmangel und fette Nahrung weit häufiger in den oberen als in den unteren Schichten der Gesellschaft zu finden. Aber als die gesundheitlichen Wirkungen größer und offener wurden, holten die unteren Schichten relativ auf, während die Wohlhabenden und Gebildeten anfangen, sich einen weniger riskanten Lebensstil zuzulegen. Es bildete sich – wie bei den Krankheiten – ein sozialer Gradient auch für die

verhaltensbedingten Risikofaktoren heraus, wie das die Abbildung 8 am Beispiel der Raucher zeigt. Auch das Entwicklungsmuster beim Risikofaktor Rauchen zwischen 1970 und 1987 entspricht dem bei Sterblichkeit und Krankheit: es gibt durchschnittliche Verbesserungen, an denen die untere Schicht nicht teilgenommen hat.

Abbildung 8:

Zigarettenraucher, nach Bildungsgrad 1970 bis 1987 – Quelle: Statistical Abstract of the United States 1990, 110th edition, Washington, D.C., 1990, 90



Man hat auch ermittelt, daß Bezieher unterer Einkommen weit weniger körperliche Übungen machen. Das wird bevorzugt von jüngeren Weißen der städtischen Mittelschicht getan.⁶⁹ Auch das, was heute als gesunde Ernährungsweise angesehen wird, ist in enger Weise an den sozialökonomischen Status gebunden.⁷⁰ Ebenso gehören Menschen mit hohem Übergewicht besonders häufig den Unterschichten an.⁷¹

Die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen geht aber nur teilweise auf die sozial ungleich verteilten »subjektiven Risikofaktoren« zurück. Eine britische Studie fand heraus, daß Staatsbeamte (Civil Servants) der untersten Rangstufe bei den koronaren Herzkrankungen eine viermal höhere Rate aufweisen als Beamte der obersten Hierarchieebene.⁷² Die Forscher wollten nun wissen, ob – wie es die herrschende Meinung ist – diese Unterschiede ihre wichtigste Ursache im Gesundheitsverhalten bzw. dem Lebensstil haben.⁷³ Es trat zwar zutage, daß die untere Schicht in höherem Maße verhaltensabhängige »Risikofaktoren« aufwies, also einen

höheren Cholesterinspiegel, mehr Übergewicht, höhere Raucherquote, höheren Blutdruck und weniger körperliche Bewegung. Aber nachdem diese Faktoren statistisch neutralisiert waren, war die Morbidität der unteren Schicht noch immer dreimal höher als die der oberen Schicht. Dieser Zusammenhang zwischen sozialer Lage und den Risikofaktoren des »Lebensstils« ist erst neuerdings wieder durch den britischen »Health and Lifestyle Survey« empirisch nachgewiesen worden. Die dort untersuchten gesundheitsriskanten Verhaltensweisen Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsarmut, Fehlernährung, Übergewicht und Schlafdefizite verteilten sich ebenso wie der Gesundheitsstatus ungleich nach sozialer Klasse, Bildungsgrad, Einkommen, günstigen Wohn- und Umweltbedingungen, sozialer Geborgenheit und Integration.⁷⁴

Die Kritik des naiven Individualismus und des entgesellschafteten Charakters der gängigen lebensstilorientierten Konzepte, kann an dieser Stelle nicht geleistet werden.⁷⁵ So hart und zutreffend sie auf die objektiven und subjektiven Gründe für die fehlende oder mangelhafte Umsetzung der propagierten Verhaltensimperative hinweist, geht sie immer noch nicht weit genug: Selbst wenn die Verhaltensnormen auch unter sozialökonomisch ungünstigen Bedingungen umsetzbar wären, wäre ihre Wirkung wiederum sozial ungleich. So ist der Gesundheitseffekt gleichen Verhaltens (z.B. des Nichtrauchens) in den unteren Klassen und Schichten geringer als bei den Bessergestellten. Darauf haben schon die oben zitierten Untersuchungen mit den Daten der Whitehall-Studie in England verwiesen. Die Untersuchungen Blaxters mit den Daten des britischen Health and Lifestyle Survey bestätigten das erst neulich: die verhaltensabhängigen Gesundheitseffekte sind in Schichten mit günstigeren Lebensbedingungen größer als unter ungünstigen. Daher führt beispielsweise das Rauchen zu größeren Fitness-Unterschieden in der »non-manual class« als in der »manual class«. Für Männer, die leichte Arbeit verrichten, »lohnt« sich das Nichtrauchen gesundheitlich mehr als für Schwerarbeiter. »Gute Ernährung« reduzierte die Erkrankungsraten zwar bei den Frauen der »non-manual class«, aber nicht bei denen der »manual class«. Gesundere Lebensweise scheint generell in den Wohngebieten mit hohem Status zu einer besseren Gesundheit zu führen, als in innerstädtischen Regionen oder Industrieregionen usw.⁷⁶

Kurzum: nicht nur das *Gesundheitsverhalten*, sondern auch dessen *Wirkungen* hängen von den sozialökonomischen Lebensbedingungen ab.⁷⁷

Je besser also die Lebensbedingungen, desto höher der Effekt gesunden Verhaltens. Mehr noch: Die Gesundheitseffekte unterschiedlichen Verhaltens sind geringer als die unterschiedlicher Lebensumstände (angezeigt durch Berufsgruppe, Einkommen, Wohnen, Streß und soziale Unterstützung). Das wird durch die Langzeitstudie im kalifornischen Alameda County bestätigt, wo man 1985 bereits auf 18 Jahre fortlaufende Daten zurückgreifen konnte.⁷⁸ Die Mortalität der Personen mit »inadäquaten« Einkommen betrug das 2,1fache derjenigen mit »sehr adäquaten« Einkommen. Man hat die Daten standardisiert um die Faktoren Alter, Geschlecht, Rasse, Rauchgewohnheit, Alkoholkonsum, Schlafgewohnheiten, körperliche Freizeitaktivitäten, Bluthochdruck, Herzbeschwerden und Brustschmerzen und Krebs und immer noch betrug das Mortalitätsrisiko der unteren von zwei Einkommensgruppen das 1,6fache.⁷⁹

9. Soziale Ungleichheit der gesundheitsbedingten Lebensqualität

In verschiedenen Kontexten gesundheitspolitischer Diskurse spielt die Argumentation eine Rolle, die Erfolge der steigenden Lebenserwartung verlängerten zwar das Leben, jedoch nur um Jahre, die durch chronische Erkrankungen und Einschränkungen gekennzeichnet seien. Es ist die These vom vergeblichen Bemühen. Sie hat nun auch eine zentrale Bedeutung in der Ende der achtziger Jahre angehobenen Debatte um die »Rationierung« nützlicher medizinischer Leistungen gegenüber alten Menschen bekommen, in der sie der Abwertung des zu Rationierenden dient.⁸⁰ Aber darüber, ob und zu welchem Anteil die gewonnenen Lebensjahre gesundheitlich beeinträchtigt sind, entscheidet ganz wesentlich die sozialökonomische Schichtzugehörigkeit und nicht die Biologie. Die Vergeblichkeitstheorie trifft zwar für die unteren Schichten durchaus zu, nicht jedoch für die soziale Schicht, der ihre Anhänger selbst angehören.

Am Survey Research Center der Universität von Michigan wurde von 3617 Personen über 25 Jahren der Zusammenhang von Alter und chronischen Einschränkungen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status untersucht.⁸¹ Als abhängige Variable erhob man drei Indikatoren der physischen Gesundheit: (1) ein Index für *chronische Bedingungen* im letzten Jahr (Arthritis/Rheuma, Lungenkrankheiten, Bluthochdruck, Herzinfälle, Diabetes mellitus, Krebs, Schlaganfall, Brüche, Harninkontinenz); (2) ein Index für den *funktionalen Status*, angefangen von Bettlägerigkeit bis zur Fähigkeit,

schwere Arbeit außer Haus verrichten zu können; schließlich (3) ein Index der berichteten *Begrenzungen bei den täglichen Aktivitäten*, reichend von »zum großen Teil« bis »gar nicht«. Für den *sozioökonomischen Status* bildete man lediglich vier Kategorien, die aus den Indikatoren Einkommen und Bildung (Ausbildungsjahre) zusammengefügt wurden. Diese Einteilung ist sehr grob, bildet nur drei Gruppen von Bildung und nur zwei Einkommensgruppen (über oder unter 20000 Dollar), die jeweils anders kombiniert werden. Die wirkliche Ober- und obere Mittelklasse hat natürlich ein wesentlich höheres Einkommen als 20000 Dollar, so daß die Unterschiede zwischen den statistischen Klassen die Unterschiede der realen Klassen *untertreiben*: (1) »upper socioeconomic status«: 16 und mehr Jahre Ausbildung *und* Einkommen von über 20000 Dollar jährlich; (2) »upper-middle SES«: 12-15 Jahre *und* Einkommen über 20000 Dollar; (3) »lower-middle SES«: 0-11 Jahre *oder* Einkommen über 20000; (4) »lower SES«: 0-11 Jahre *und* unter 20000 Dollar. Zu dieser statistischen »Oberklasse« würde in Deutschland bereits jeder akademisch Ausgebildete mit einer entsprechend bezahlten Ganztagsbeschäftigung gehören.

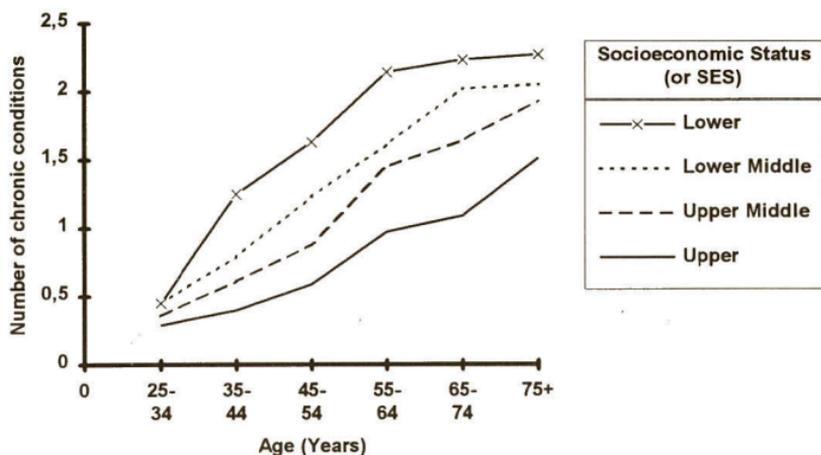
Die Abbildung 9 zeigt, daß in den mittleren Altersgruppen zahlreiche chronische Bedingungen manifest werden, das Ausmaß der Prävalenz aber sehr deutlich vom sozioökonomischen Status abhängig ist: Bei den jungen Erwachsenen (25-34) sind die schichtspezifischen Unterschiede noch nicht signifikant, da chronische Krankheiten und Behinderungen insgesamt noch sehr niedrig sind. Aber schon im frühen mittleren Alter (35-44) sind die Unterschiede beträchtlich. Das steigert sich noch in den Altersgruppen der 45- bis 54jährigen und der 55- bis 64jährigen. Bei den über 75jährigen alten Menschen werden die Disparitäten dann wieder geringer.

Dem Verlaufsmuster des Gesamtindex folgen auch die chronischen Bedingungen, wenn sie einzeln untersucht werden: Die Personen zwischen 35 und 44 Jahren, die der untersten sozioökonomischen Schicht angehören, weisen bereits genau so viele chronische Krankheiten und Einschränkungen auf, wie die älter als 75jährigen der obersten Schicht. Der negative Höhepunkt ist in der untersten Schicht bereits bei den 55- bis 64jährigen erreicht, in der unteren Mittelschicht bei den 65- bis 74jährigen, bei den beiden oberen Schichten aber nicht vor dem 75. Lebensjahr. Es zeigt sich also eine beträchtliche Verschiebung von chronischen Krankheiten und Behinderungen in der höchsten sozioökonomischen Gruppe, in der die mittlere Prävalenz der zehn chronischen Bedingungen bis zum

Alter von 54 Jahren unter 0,5 bleibt und bis zum 75. Lebensjahr unter 1,0. Im Gegensatz dazu wächst die mittlere Prävalenz bei den unteren Gruppen bereits zwischen 25 und 54 Jahren sehr stark.

Abbildung 9:

Chronische Bedingungen im Altersverlauf nach sozioökonomischem Status. (SES = Einkommen und Bildung) – Quelle: Americans' Changing Lives Survey (N = 3.617) House, J.S.; Kessler, R.C.; Herzog, A.R. et al. (1990): Age, Socioeconomic Status, and Health, The Milbank Quarterly, Vol.68, No.3, 396



Ähnlich verhält es sich bei den bedeutenden funktionalen Einschränkungen und Begrenzungen der alltäglichen Lebensaktivitäten wie der Fähigkeit, schwere Arbeit um das Haus zu verrichten. Sie treten in der oberen Sozialschicht nicht vor dem 75. Lebensjahr auf.

Für die oberen sozialökonomischen Schichten ist – im Unterschied zu den Unterschichten – das, häufig als utopisch angesehene, Ziel der Verschiebung chronischer Erkrankungen ins hohe Lebensalter bereits annähernd realisiert: Über *alle Schichten* haben nur 0,5 bis 1,4 Prozent der Personen zwischen 25 und 34 drei oder mehr chronische Bedingungen berichtet. In der *oberen Schicht* erreicht die Prävalenz eines solchen Niveaus der Multimorbidität niemals mehr als 16 Prozent, selbst nicht in der Altersgruppe der über 75jährigen. Dagegen berichten schon 12 Prozent der *unteren Schicht* im Alter zwischen 35 und 44 Jahren drei oder mehrere chronische Bedingungen, in der Gruppe zwischen 45 und 54 sind es schon 26 Prozent und gar 39 Prozent vor dem 65. Lebensjahr. Ähnlich verhält es sich bei dem Anteil der Personen, die nicht in der Lage sind, ein paar Treppenstufen ohne Schwierigkeiten zu laufen. Das sind weniger als

3 Prozent der Personen aller Schichten im Alter zwischen 25 und 34 Jahren. In der oberen sozioökonomischen Schicht steigt dieser Anteil auf nur 5 Prozent derer im Alter zwischen 65 und 74 Jahren, sowie auf 9 Prozent bei den über 75jährigen an. Dagegen haben diese Schwierigkeiten in der unteren Schicht schon 12 Prozent der Menschen zwischen ihrem 35. und 44. Lebensjahr, 29 Prozent in der Altersgruppe zwischen 55 und 64, und schließlich über 40 Prozent der alten Menschen über 75 Jahre.⁸² Auch hier wird deutlich, daß die beiden unteren sozioökonomischen Schichten bereits im mittleren Lebensalter unter erheblichen chronischen Bedingungen und funktionalen Einschränkungen leiden, die bei der oberen Schicht – wenn sie überhaupt auftreten – ins hohe Alter verschoben sind.

10. Präventionspolitische Schlußfolgerungen

Daraus lassen sich grundlegende präventionspolitische Schlußfolgerungen ziehen: Zwar muß man annehmen, daß ein durchschnittliches Lebensalter von etwa 85 Jahren das äußerste ist, was unter günstigen Lebensbedingungen wahrscheinlich erzielt werden kann.⁸³ Aber das Ziel, die Krankheiten und krankheitsbedingten Einschränkungen möglichst weit in die letzten Lebensjahre zu verschieben, ist so utopisch nicht. Die Hindernisse sind politischer und sozialer, nicht aber biologischer Art. Bei den oberen sozialökonomischen Schichten kann man durchaus bereits ein niedriges Niveau an Krankheiten und funktionalen Behinderungen bis weit in die späten Phasen des Lebens antreffen. Es ließen sich hier die salutogenen Bedingungen erforschen, unter denen das für alle möglich ist. Die pessimistische These trifft jedoch für die unteren Schichten zu, in denen Krankheit und Behinderung stetig schon in den mittleren Jahren und im frühen Alter wächst. Die große Masse der verhütbaren Krankheiten und krankheitsbedingten Einschränkungen in der amerikanischen Bevölkerung – d.h. die Krankheiten und funktionellen Behinderungen in den Altersgruppen bis unter 75 Jahre – ist absolut und relativ auf die *unteren sozioökonomischen Schichten* konzentriert.

Bereits die erste amerikanische Gesundheitszielsetzung im Jahre 1979 für 1990 hat als eine übergreifende Priorität die »Verminderung der Ungleichheiten« postuliert. Wie gezeigt, entwickelte sich die soziale Realität mit der entgegengesetzten Tendenz. Es wäre jedoch falsch, für diesen Fehlschlag ausschließlich die – durch staatliche

Politik verstärkte – Polarisierung der ökonomischen Klassen und Schichten in den achtziger Jahren verantwortlich zu machen. Vielmehr wurde und wird das Ziel mit ungeeigneten Mitteln angestrebt. Das forcierte und praktizierte Konzept der lebensstilorientierten Gesundheitsförderung und Prävention wirkt als Trendverstärker dieser Polarisierung: Denn das dominierende »Paradigma« verhält sich zur (wachsenden) sozialen Ungleichheit von Krankheit und Sterblichkeit *paradox*. Sein wesentliches Charakteristikum ist die zentrale Rolle des *individuellen Lebensstils* sowohl im impliziten ätiologischen Modell als auch in der Interventionspraxis. Die individuellen Realisierungschancen für ein gesünderes Verhalten sind jedoch dort größer, wo die Lebenssituation ohnehin gesundheitsgerechter ist. Die teilweise guten, aber auch unzweifelhaft sozial ungleichen Erfolge der lebensstilorientierten Strategie beruhen darauf, daß die Individuen die ihnen – sozial ungleich im umgekehrten Verhältnis zur sozialen Verteilung von Krankheit – zur Verfügung stehenden Verhaltensressourcen besser nutzen können. Das kann sogar manchmal zu absoluten Verbesserungen bei den unteren sozialen Schichten führen, aber die Verbesserung bei den Mittel- und Oberschichten wird *exponentiell* sein: Es multiplizieren sich nämlich die Folgen (1) der ungleichen *Aneignungschancen* gesundheitsbezogener Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten mit (2) den ungleichen *Ressourcen* für Verhaltensänderungen und Risikominderungen. Schließlich tritt (3) noch hinzu, daß die *Effekte* von anerkannt gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ebenfalls sozial ungleich sind.⁸⁴

Es ist keine erfolgreiche Strategie für größere gesundheitliche Chancengleichheit denkbar, die nicht *gegen* die Tendenz der sozialen Polarisierung gerichtet ist. Gegenteilende Konzepte zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit müßten zumindest drei Bedingungen erfüllen:

- ihr Schwerpunkt müßte verlagert werden auf die Beeinflussung von Faktoren, die nicht oder weniger vom individuellen Vermögen (im doppelten Sinne des Wortes) abhängig sind,
- sie müßten vom Prinzip der »positiven Diskriminierung« ausgehen und
- sie müßten den Charakter des zu fördernden Gesundheitsverhaltens verändern: Weniger durch individuell- anpassendes und privates, als durch gemeinschaftlich-veränderndes und öffentliches Verhalten sind die Voraussetzungen für den notwendigen Zuzug gesundheitsrelevanter Ressourcen bei den unteren sozialen

Schichten zu erreichen. Die Überlegungen des sogenannten Empowerment-Ansatzes und einzelne, daran anknüpfende Projekte von gesundheitspolitischen Außenseitern gehen in diese Richtung.⁸⁵

Kontaktadresse:

WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
 Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik
 Dr. Hagen Kühn
 Reichpietschufer 50 – 1000 Berlin 30

Anmerkungen

- 1 Teile des vorliegenden Aufsatzes sind entnommen aus Hagen Kühn: Healthismus – Präventionspolitik und Gesundheitsförderung am Beispiel U.S.A., Berlin (edition sigma) 1993.
- 2 Kannel, W.; Gordon, T. (eds.) (1968): The Framingham Study, (US-Government Printing Office), Washington, D.C.
- 3 Berkman, L.; Breslow, L. (1985): Health and the Ways of Living, (Oxford University Press) New York
- 4 Department of Health and Human Services, Public Health Service (1990): Healthy People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, Washington DC. Im weiteren zitiert als *Healthy People 2000*. Es haben daran 300 Organisationen und alle Gesundheitsministerien der Einzelstaaten sowie die National Institutes of Health, insgesamt mehr als 10000 Experten mitgewirkt, so daß man die Ausführungen durchaus als Ausdruck der herrschenden Meinung betrachten kann.
- 5 Zwar sind von amerikanischen Epidemiologen empirische Studien von hohem Niveau vorgelegt worden, mit denen die herausragende Bedeutung sozialer Krankheitsbedingungen untermauert wurde, insbesondere der sozialen Unterstützung und Integration« (social support) und der sozialökonomische Status, aber in der herrschenden Praxis spielt das kaum eine Rolle.
- 6 Zit.n. Leichter, H.M. (1991): Free to be foolish. Politics and Health Promotion in the United States and Great Britain, (Princeton University Press) Princeton, NJ, 5
- 7 Leichter, H.M.: Free to be foolish, a.a.O., 5
- 8 Leichter, H.M.: Free to be foolish, a.a.O., 9
- 9 Leichter, H.M.: Free to be foolish, a.a.O., 9
- 10 Manson, J.E.; Tosteson, H.; Ridker, P.M.; et.al. (1992): The Primary Prevention of Myocardial Infarktion, New England Journal of Medicine, 326, 21, 1408
- 11 US-Public Health Service (1986): 1990 Health Objectives for the Nation: A Mid-course Review, Washington, D.C. (Gov.Printing Office)
- 12 National Center for Health Statistics (1991): Health United States, 1990, Hyattsville, Ma, 67; im folgenden zitiert als *Health, United States, 1990*; die Angaben für 1989 sind provisorisch.
- 13 *Health, United States, 1990*, 83
- 14 *Health, United States, 1990*, 106
- 15 *Health, United States, 1990*, 73f.

- 16 World Health Organisation (1987, 1988): World Health Statistics annual 1987 and 1988, Geneva
- 17 Der internationale Vergleich zeigt, daß die aufgezeichneten Trends nur für die koronaren Herzkrankheiten (KHK) einen deutlich ausgeprägten Verlauf nehmen, im Unterschied zu allen anderen Herzkrankheiten. Thom, T.J. (1989): International Mortality from Heart Disease: Rates and Trends, International Journal of Epidemiology, Vol.18 (1989), No.3 (Suppl 1), S20
- 18 Thom, T.J. (1989): a.a.O., 21
- 19 Der präventionspolitisch entscheidende Teil der Cholesterin-Hypothese besagt, der Cholesterinspiegel im Blut sei nicht nur ein Frühindikator für koronare Herzkrankheit, sondern auch eine Ursache; d.h. die Senkung des Cholesterinspiegels senke auch das Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko und diese Senkung lasse sich durch die Einhaltung von Diätempfehlungen und/oder die Gabe von Medikamenten in einem Umfang herbeiführen, der zur angestrebten Senkung der KHK-Sterblichkeit führe.
- 20 Der Report »Healthy People 2000« zu den Gesundheitszielen für das Jahr 2000, stellt seine präventive Strategie gegen die KHK-Sterblichkeit ebenfalls uneingeschränkt auf diese Annahme. Healthy People 2000«, 390ff.
- 21 Higgins, M.; Thom, T. (1989): Trends in CHD in the United States, International Journal of Epidemiology, Vol.18, No.3, Suppl.1, S58ff. So werden auch die Richtlinien des Nationalen Cholesterin Erziehungsprogramms begründet, s. Manson, J.E.; Tosteson, H.; Ridker, P.M.; et.al. (1992): a.a.O., 1408
- 22 Wahrscheinlich schon vor 1950, jedoch sind die Vorjahre nicht statistisch vergleichbar. Thom, selbst ein führender Vertreter der Cholesterin-These aus dem National Heart Lung and Blood Institute, zeigte, daß die Sterblichkeitsraten von 1949 und früher nicht mehr vergleichbar sind. Gordon, T.; Thom, T. (1975): The recent decrease in CHD mortality, Preventive Medicine, No.4, 115
- 23 Smith, R.L. (1991): The Cholesterol Conspiracy, St.Louis, Miss., 27ff. u.157ff.; dazu Health, United States, 1990, 85f.
- 24 Smith, R.L. (1991): The Cholesterol Conspiracy, a.a.O., 35f.
- 25 Manson, J.E.; Tosteson, H.; Ridker, P.M.; et.al. (1992): The Primary Prevention of Myocardial Infarktion, a.a.O., 1408
- 26 Smith, R.L. (1991): The Cholesterol Conspiracy, a.a.O., 107ff. u. 234
- 27 Ravnskov, U. (1992): Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome, British Medical Journal, Vol.305, 15; Smith, R.L. (1991): a.a.O.; Borgers, D. (1992): Die mangelnde Effizienz der Cholesterinhypothese für eine individuelle Präventionsstrategie, Berlin (Wissenschaftszentrum Berlin), Man.; s. den Aufsatz von M.Berger im vorliegenden Band.
- 28 Ravnskov, U. (1992): a.a.O., 15
- 29 Health, United States (1990): 105
- 30 Healthy People 2000, a.a.O., 412
- 31 o.V. (1992): The cancer epidemic: fact or misinterpretation?, The Lancet, Vol. 340, 399 f.
- 32 McGinnis, J.M. (1990): Prevention in 1989: The State of the Nation, American Journal of Preventive Medicine, Vol.6, No.1
- 33 National Cancer Institute (1986): Cancer Control Objectives for the Nation: 1985-2000. National Cancer Institute Monographs 2, Bethesda, MD, US-

- Departm.of Health and Human Services, 1986, zit.n.*Healthy People 2000*, a.a.O., 415
- 34 *Epstein, S.S. (1990):* Losing the War against Cancer: Who's to blame and what to do about it?, *International Journal of Health Services*, 20, 53-71
- 35 *o.V. (1992):* The cancer epidemic, a.a.O.
- 36 *Healthy People 2000*, a.a.O., 415; vgl. für die etablierte Sichtweise: *Doll, R. (1991):* Progress against cancer: An epidemiologic assessment, *American Journal of Epidemiology*, 143, 675-688
- 37 s. Ravnskov, Smith, Borgers, Berger, a.a.O.
- 38 Zur Zusammensetzung der neuen Arbeitsplätze s. *Cornetz, W. (1987):* Die Kehrseite des »amerikanischen Beschäftigungswunders«, *Wirtschaftsdienst*, /XII, 627-32
- 39 *US-Bureau of Census: Statistical Abstract of the United States*, 1991, Sec. 13-15; im folgenden zitiert als »*Statistical Abstract 19.*«.
- 40 *o.V. (1992):* Can America compete?, *Economist*, January 18th, 69ff. Meist wird nur die gesamtwirtschaftliche Produktivität betrachtet, deren relativ schlechte internationale Position sich dem überdurchschnittlich großen Dienstleistungssektor verdankt.
- 41 *Danziger, S.; Gottschalk, P.; Smolensky, E. (1989):* How the Rich Have Fared, 1973-87, *AEA Papers and Proceedings*, Vol.79, No.2; *OECD Economic Surveys: United States 1990/1991*, Paris 1991, 11-23
- 42 Die Differenz zwischen Brutto- und Nettozuwachs (80 zu 110 Prozent) weist auf die kräftige Mithilfe der staatlichen Steuerpolitik an dieser Einkommenskonzentration hin. In der ersten Amtszeit des Präsidenten Reagan wurde der Steuersatz der Höchstverdienenden von 70 auf 28 Prozent gesenkt und für die mittleren Einkommen (45 000 bis 150000 Dollar) auf 28 bis 33 Prozent festgelegt. Beim gleichen Einkommenssteuersatz wie 1979 müßte heute die oberste Einkommenschicht zusätzliche 78 Milliarden Dollar an die Staatskasse entrichten. Die Zeit v. 5.11.1992
- 43 International Monetary Fund, zit.n.: *Center for National Health Program Studies (1992):* The National Health Program Chartbook, Cambridge, Ma
- 44 *McKenzie, N.; Bilofsky, E. (1991):* Shredding the Safety Net. The Dismantling of Public Programs, *Health/PAC Bulletin*, Vol. 21, No.2, 5-12
- 45 Die Angaben zur Armut, wenn nicht anders angegeben s. *Statistical Abstract 1991*, 455 u.468, *OECD Economic Surveys: United States 1990/1991*, a.a.O.
- 46 Die Armutsgrenze lag 1991 bei 6932 Dollar jährlich, bzw. bei 13924 Dollar für einen Vier-Personen-Haushalt
- 47 Frankfurter Rundschau v.11.9.1992
- 48 Frankfurter Rundschau v.11.9.1992
- 49 *US-Bureau of the Census: Statistical Abstract of the United States: 1990*, Washington, D.C. 1990, 421ff. Im folgenden zit. als *Statistical Abstract 1990*
- 50 *Health, United States, (1990):* a.a.O., 34; Vgl. *Long, S.H. (1987):* Public versus Employment-Related Health Insurance: Experience and Implications for Black and Nonblack Americans, *The Milbank Quarterly*, Vol.65, Suppl.1, 200ff.
- 51 *Statistical Abstract 1990*, a.a.O., 444
- 52 *Statistical Abstract 1990*, a.a.O., 389ff.
- 53 *Byrd, W.M.; Clayton, L.A. (1991):* The »Slave Health Deficit« – Racism and Health Outcomes, *Health/PAC Bulletin*, Summer, 25ff.

- 54 *Health United States (1990)*: Washington, D.C. 1991, 67; Vgl. *Long, S.H. (1987)*: a.a.O., 200ff.
- 55 *Health, United States, (1990)*: a.a.O., 67
- 56 *Health, United States, (1990)*: a.a.O., 68
- 57 *National Center for Health Statistics. Health, United States, 1990*, a.a.O., 83/84
- 58 Vgl. *New York Times* v.23.3.1990 : »US health gap is widening between whites and blacks«; *Byrd, W.M.; Clayton, L.A. (1991)*: The »Slave Health Deficit«, a.a.O.
- 59 *Health, United States, 1990*, 14 und 42
- 60 *Health, United States, 1990*, 15 und 42; Eine differenzierte Analyse bietet *Mangano, J.J. (1991)*: Young Adults in the 1980s. Why Mortality Rates are Rising, *Health/PAC Bulletin*, Summer, 19ff.
- 61 *Health, United States, 1990*, 15 und 42
- 62 *Health, United States, 1990*, 16 und 42
- 63 *Navarro, V. (1990)*: Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States, *The Lancet*, Vol.336, Nov.17, 1238-1240
- 64 Vgl. *Marmot, M.; Kogevinas, M.; Elston, M.A. (1987)*: Social/Economic Status and Disease, in: *Annual Review of Public Health*, Vol.8, 111-135; *Marmot, M. (1989)*: Socioeconomic Determinants of CHD Mortality, *International Journal of Epidemiology*, Vol.18, No.3 (Suppl.1), 196-202;
- 65 Einschränkungen, wie die »Anomalie der Lohnkurve« (d.h. bei rückläufigem Lohn wird mehr Arbeitskraft angeboten) und das »bargaining« modifizieren diese generellen Mechanismen, tun aber hier nichts zur Sache.
- 66 *Navarro, V. (1990)*: Race or class..., a.a.O., 1238
- 67 *Feldman, J.J.; Makuc, D.M.; Kleinman, J.C.; Cornoni-Huntley, J.*: National trends in educational differences in mortality, *Man.*, zit. nach *Marmot, M. (1989)*: a.a.O., 196-202
- 68 *Smith, G.D.; Leon, D.; Shipley, M.J.; Rose, G. (1991)*: Socioeconomic Differentials in Cancer among men, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 20, 2, 341; andere Studien zeigten die gleichen Muster für Brustkrebs und weitere Krankheitsarten: *Krieger, N. (1990)*: Social class and the black/white crossover in the age-specific incidence of breast cancer, *American Journal of Epidemiology*, 131, 804-14
- 69 *Thomas, G. (1981)*: *Exercise and Health: The Evidence and Implications*, Cambridge, Mass.
- 70 *Goldstein, M. (1991)*: *The Health Movement. Promoting Fitness in America*, New York
- 71 *Healthy People 2000*, a.a.O., 456
- 72 *Marmot, M.G.; Rose, G.; Shipley, M.; Hamilton, P.J.S. (1978)*: Employment grade and coronary heart disease in British civil servants, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.32, 244-49
- 73 Über diese Studie gibt es eine, für mich unübersichtliche Vielzahl von Veröffentlichungen. 18.403 Bedienstete des Öffentlichen Dienstes (Civil Servants) zwischen 40 und 64 Jahren wurden zwischen 1967 und 1969 untersucht und bis 1989 weiterverfolgt. *Smith, G.D.; Leon, D.; Shipley, M.J.; Rose, G. (1991)*: a.a.O., 339ff.
- 74 *Blaxter, M. (1990)*: *Health and Lifestyles*, London & New York, 113ff.

- 75 Vgl. die theoretisch gut begründete Kritik von *Tesh, S. (1988)*: Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy, New Brunswick & London; s. auch *Kühn, H. (1987)*: Die rationalisierte Ethik – Zur Moralisierung von Krise und Krankheit, Medizin, Moral und Markt, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 12 (Argument Sonderband AS 146), Berlin/Hamburg, 8-30
- 76 *Blaxter, M. (1990)*: Health and Lifestyles, a.a.O., 203-243; als Indikatoren für »Soziale Klassen« wurde – wie in England üblich – das allgemeine Berufsregister herangezogen. Nicht nur die Hausfrauen wurden nach der Berufstätigkeit des Ehemannes klassifiziert; auch bei den berufstätigen Frauen ergaben sich klarere Trends, wenn die Klassifikation des Ehemannes zugrunde gelegt wurde. (ebd., 61).
- 77 In verschiedenen Besprechungen wurde auch Kritik am Fehlen statistischer Tests geäußert, mit denen die Nachteile von Querschnittsuntersuchungen im Vergleich zu Longitudinalstudien vermindert hätten werden können (z.B. *West, P. (1991)*: International Journal of Epidemiology, Vol.20, No.2, 577). Von der Qualität der Daten, und dem auch von den Kritikern anerkannten sensiblen Umgang der Autorin mit ihnen abgesehen, sind die Ergebnisse in hohem Maße konsistent mit denen der oben zitierten Longitudinalstudie von Marmot und anderen.
- 78 Es wurden im sogenannten »Human Population Laboratory« 1965 mit Erhebungen bei systematisch ausgewählten 4.452 Haushalten (8.023 Erwachsene) begonnen, die jährlich weitergeführt wird.
- 79 *Kaplan, G.A. (1985)*: Twenty years of health in Alameda County: The human population laboratory analyses, Man.; n. *Marmot, M.; Kogevinas, M.; Elston, M.A. (1987)*: Social/Economic Status and Disease, a.a.O., 129
- 80 *Callahan, D. (1990)*: What kind of life: the limits of medical progress, New York; Zur Rationierungsdebatte insgesamt s. *Kühn, H. (1991)*: Rationierung im Gesundheitswesen. Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd.17, Berlin und Hamburg (Argument), 40-72; überarb. Fass.: P91-209, Wissenschaftszentrum Berlin
- 81 *House, J.S.; Kessler, R.C.; Herzog, A.R. et.al. (1990)*: Age, Socioeconomic Status, and Health, The Milbank Quarterly, Vol.68, No.3, 383
- 82 Diese Ergebnisse sind mit den Daten des National Health Interview Survey (N = 55.690), sowohl für chronische Bedingungen als auch für einen Indikator für funktionale Einschränkungen, im Prinzip nachvollzogen und bestätigt worden.
- 83 *Fries, J.F. (1980)*: Aging, natural death, and the compression of morbidity, New England Journal of Medicine, 303, 130-36
- 84 Nichts davon hat man verstanden, wenn man – wie der Sozialmediziner Gutzwiller – das Problem in den fehlenden Erkenntnissen sieht, »wie die Gesundheitsbotschaft schichtspezifisch an den Mann oder an die Frau gebracht werden kann.«, Plenumsdiskussion, abgedruckt in *Arnold, M.; v.Ferber, C.; Henke, K.D. (Hrsg.) (1990)*: Ökonomie der Prävention, Gerlingen, 60
- 85 Zum Empowerment-Ansatz vgl. *Ottawa Charter for Health Promotion*: Charter endorsed at the First International Conference on Health Promotion, Ottawa 1986; Exemplarisch vgl. *Minkler, M. (1992)*: Community Organizing among the Elderly Poor in the United States: A Case Study, International Journal of Health Services, 22, 2, 303-16; *LaVeist, T. (1992)*: The Political Empowerment and Health Status of African-Americans: Mapping a New Territory, in: American Journal of Sociology, 97, 4, 1080-95