

John Lynch, Pernille Due, Carles Muntaner
und George Davey Smith

Sozialkapital – eine gute Investition in die öffentliche Gesundheit?¹

Fran Baum warf kürzlich in einem Kommentar im *Journal (of Epidemiology and Community Health; d. Übers.)* die Frage auf, ob Sozialkapital »gut für die Gesundheit ist« (Baum 1999). Obwohl das Konzept »Sozialkapital« einen kometenhaften Aufstieg im politischen, ökonomischen und gesundheitswissenschaftlichen Sprachgebrauch erlebt hat, muß es erst noch vollständig definiert und verstanden werden (Muntaner/Lynch 1998; Portes 1998). Ungeachtet dieses Mangels an Klarheit veröffentlichten Regierungen und Weltbank dazu Diskussionspapiere, wurden Fachkonferenzen veranstaltet und erfuhren die – als Leitsterne zur Orientierung gesundheitswissenschaftlicher Forschung und Praxis propagierten – Begriffe Sozialkapital, sozialer Zusammenhalt und Zivilgesellschaft eine zunehmende Verwendung – obwohl keine klaren, allgemein geteilten Definitionen darüber existieren, was diese Konzepte eigentlich bedeuten.

In der soziologischen Literatur ist der mit dem Begriff Sozialkapital belegte Inhalt außerordentlich dehnbar (Portes 1998). In einigen Fällen ist Sozialkapital per definitionem etwas Wohltuendes oder in irgendeiner Weise »Gutes«, während in anderen der Gedanke akzeptiert wird, das Sozialkapital einer Gruppe könne die Unterdrückung einer anderen bedeuten. Sozialkapital ist zur Bezugnahme sowohl auf formelle als auch auf informelle Reziprozitätsbeziehungen zwischen Menschen in allen Arten von familiären, freundschaftlichen, geschäftlichen oder gemeindespezifischen Netzwerken verwendet worden. Wo Sozialkapital angesiedelt ist – in Personen oder Gruppen, welche in diesen Netzwerken verknüpft sind? In den Netzwerken selbst? In den Gemeinden, in denen diese Netzwerke existieren? –, ist ungeklärt. Ironischerweise hat der Diskurs rund um »Sozialkapital« im Umfeld von Gesundheit oft eine weniger umfassend soziale Perspektive als klassische Vorstellungen darüber, wie Sach- und Finanzkapital in den gesellschaftlichen Produktionsverhältnissen verankert sind (Marx 1967). Solche an Theorie mangelnden Begriffsverwendungen in der Gesundheitsforschung haben dazu geführt, daß Sozialkapital als ein neues, modischeres Etikett für Untersuchungen in einem Feld Verwendung findet, das üblicherweise »soziale Unterstützung« genannt wird (Cooper et al. 1999). Trotzdem sind Sozialkapital und

sozialer Zusammenhalt als die wichtigsten Bindeglieder des Zusammenhangs zwischen Einkommensungleichheit und Gesundheit vorgeschlagen worden (Wilkinson 1996; Kawachi et al. 1997).

Inmitten dieser Epidemie des »Sozialkapitalismus« ist Baums Kommentar deshalb eine begrüßenswerte Warnung, weil sie einige der definitorischen, meßtechnischen und interpretativen Probleme, die mit diesem Konzept verbunden sind, illustriert. Obwohl Befürworterin der Idee, gibt Baum (1997) zu bedenken, daß ein unentwickeltes Verständnis von Sozialkapital die Tatsache verdeckt, daß ein Mehr an Sozialkapital nicht notwendigerweise etwas uneingeschränkt Gutes darstellt. Was Simon Szreter als »segmentiertes Sozialkapital« (sectional social capital) bezeichnet hat (persönliche Mitteilung an d. Verf.), kann für eine Gesellschaft insgesamt zersetzend sein. Das Niveau des Sozialkapitals mag z.B. innerhalb des nationalen Verbandes der Waffenbesitzer oder der Mafia hoch sein – ist es aber auch gut für die Gesundheit der Bevölkerung? Ähnlich mag ein eng geknüpft Netzwerk von Drogenkonsumenten unter bestimmten Bedingungen soziale Unterstützung gewährleisten – sollten wir uns nicht dennoch um die gesundheitlichen Folgen dessen sorgen, was darüber hinaus mittels dieser Netzwerke ausgetauscht wird? Ein Kratzen an der Oberfläche von »Sozialkapital«, und die Dinge werden ziemlich schnell kompliziert.

Woolcock hat in einem bemerkenswerten Überblick zu den Verbindungen zwischen Sozialkapital und ökonomischer Entwicklung ausgeführt, daß das Konzept von Sozialkapital »riskiert, zu vieles mit zu wenig zu erklären« (Woolcock 1998: 155). Er sagt, daß der Begriff Sozialkapital »... kritiklos übernommen, unkritisch angepaßt und unpräzise angewendet wird« (ebd.: 196). Gilt diese Kritik auch für die Art und Weise, wie Sozialkapital in der Gesundheitsforschung benutzt wird? Vielleicht – jedenfalls geht aus der existierenden Forschung klar hervor, daß mehr Sozialkapital nicht immer gut für die Gesundheit ist. Es gibt ein wachsendes Wissen über die Komplexität und Kontextabhängigkeit von sozialen Beziehungen und deren Bedeutung für die Gesundheit (Kunitz/Levy 1991; Burg/Seeman 1994; O'Brian et al. 1993). Studien auf individueller Ebene zeigen, wie stark Netzwerke von Peers, Familien und Freunden zu Quellen von Beziehungsstress werden können – mit zwiespältigen Konsequenzen für Gesundheit (Due et al. 1999).

Ungeachtet dieser Vorbehalte stimmen wir von ganzem Herzen mit Baum überein, daß eine Konzentration auf soziale und ökonomische Ursachen zentral für die Verbesserung der Gesundheit von Bevölkerungen im 21. Jahrhundert ist. Baum (1999) fordert eine Public Health Agenda, »die auf einem soliden theoretischen und empirischen Verständnis der

Beziehungen zwischen Sozialkapital, wirtschaftlicher Entwicklung, staatlicher Politik und Gesundheit« beruht. Wir würden ergänzen, daß sie ebenso auf dem Bewußtsein der möglichen Eigenschaften dieser Beziehungen und der Art, wie sie sich in verschiedenen kulturellen, ökonomischen und politischen Kontexten ausprägen, beruhen sollte (Davey Smith/Egger 1996). Ein breiterer ökonomischer und politischer Zugang zu Public Health ist eindeutig notwendig; die Frage stellt sich, was genau Sozialkapital diesem Ansatz hinzufügt?

Absolutes Einkommen und Lebenserwartung

Allzu vereinfachende Interpretationen der Verbindungen zwischen Sozialkapital, wirtschaftlicher Entwicklung, Politik und Gesundheit dürften einem fortschrittlichen Handlungsprogramm für mehr soziale Gerechtigkeit und die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit am Ende einen schlechten Dienst erweisen. In diesem Licht erscheint es unglücklich, daß Baum die Vorstellung aufrechterhält, absolute Einkommensniveaus und materielle Lebensstandards hätten keine Bedeutung für die Gesundheit in entwickelten Staaten. Zwar bemerkt sie, daß es möglich ist, eine bessere Gesundheit durch strategische Investitionen in öffentliche Dienste wie z.B. das Bildungswesen oder die medizinische Primärversorgung zu erreichen, bezieht sich dabei aber ausschließlich auf den Fall der ärmeren Länder oder Regionen. Hinsichtlich der reicheren Staaten unterstellt sie, daß nicht materielle, sondern psychosoziale Faktoren am wichtigsten sind. Sie stellt fest: »Eines der unwidersprochenen Ergebnisse in Wilkinsons Arbeiten ist, daß es in entwickelten Ländern keine direkte Korrelation zwischen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf und Lebenserwartung gibt.« (Baum 1999) Vermutlich bezieht sich Baum dabei auf eine Analyse Wilkinsons auf der Ebene von 23 OECD-Staaten, aus der sich kein Zusammenhang zwischen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf und Lebenserwartung ergab (Wilkinson 1997). Teilweise auf diesem Resultat aufbauend, stellte Wilkinson fest, daß im Gegensatz zu Erwartungen, die sich aus der Annahme einer vorrangigen Bedeutung materieller Lebensbedingungen ableiten, »...die psychosozialen Effekte der sozialen Position für den größeren Teil der gesundheitlichen Ungleichheiten verantwortlich sind« (ebd.: 591). Diese psychosozialen Effekte, so argumentiert er, manifestieren sich direkt als psychische Reaktionen auf chronischen Streß und indirekt als streßabhängiges Verhalten wie Rauchen sowie übermäßiges Essen und Trinken.

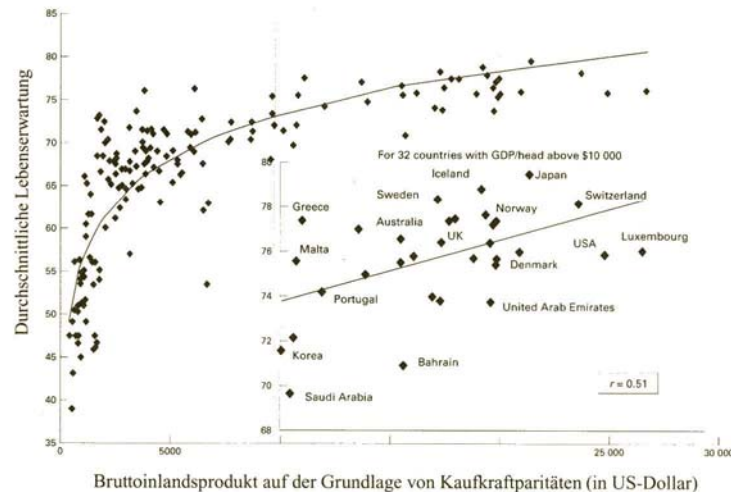


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, umgerechnet nach Kaufkraftparitäten in US-Dollar, und Lebenserwartung für 155 Länder (etwa 1993)

Abbildung 1 zeigt den Zusammenhang zwischen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, umgerechnet in US-Dollar, und Lebenserwartung für 155 Länder bezogen ca. auf das Jahr 1993. Die Schätzungen des Bruttoinlandsprodukts und der Lebenserwartung sowie die Auswahl der Länder, für die beide Schätzwerte zur Verfügung standen, unterscheiden sich quer durch die Datenquellen. Dennoch haben wir so viele Länder wie möglich einbezogen, indem wir Informationen aus zwei zuverlässigen Quellen verwendet haben – Daten zum Bruttoinlandsprodukt sind der CD-ROM zu Entwicklungsindikatoren der Weltbank, die Schätzungen der Lebenserwartung der WHO-Datenbank entnommen (Website <http://www.who.int/whosis/hfa/countries/index.html>). Der Hauptteil der Abbildung zeigt die wohlbekannte lineare Assoziation zwischen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf (ein Maß für durchschnittliches absolutes Einkommen) und Lebenserwartung. Über diese Assoziation ist für verschiedene Zeitabschnitte und Gesundheits-Outcomes vielfach und ausführlich berichtet worden (Pritchett/Summers 1997). Der Einschub in der Abbildung isoliert alle diejenigen Länder, deren Bruttoinlandsprodukt pro Kopf größer als 10 000 Dollar war. Dies ist derselbe Einkommensausschnitt, den Wilkinsons Analyse benutzt (Wilkinson 1997). Allerdings gründen sich unsere Ergebnisse statt auf der Auswahl einiger OECD-Staaten auf alle

reicheren Länder. Die Korrelation zwischen Lebenserwartung und Bruttoinlandsprodukt pro Kopf ist in dieser Auswahl 33 reicherer Staaten $r = 0.51$ ($p = 0.003$). Zwar ist die allgemeine Beziehung zwischen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf und Lebenserwartung offensichtlich durch »abnehmende Erträge« gekennzeichnet, dennoch dürfte eine Korrelation dieser Stärke unter reicheren Staaten als Nachweis eines direkten Zusammenhanges zu betrachten sein. Unser Ziel ist hier nicht, über empirische Evidenzen zu streiten. Wie wir gezeigt haben, variieren Schätzungen des Bruttoinlandsprodukts und der Lebenserwartung je nach Datenquelle selbst für das gleiche Jahr. Vielmehr geht es uns darum zu zeigen, daß die Stärke der Assoziation zwischen absolutem Einkommen und Lebenserwartung ziemlich empfindlich darauf reagiert, welche Länder einbezogen werden. Welche Länderauswahl für Vergleiche dieser Art als angemessen zu begründen ist, muß selbstverständlich offen diskutiert werden. Dennoch haben wir gezeigt, daß gegenüber Wilkinsons Auswahl von 23 Ländern die Hinzunahme weiterer zehn gleichermaßen wohlhabender Länder, welche die gesamte Auswahl darstellen, das Ergebnis sichtbar verändert. Darüber hinaus haben selbst innerstaatliche Analysen gezeigt, daß absolute Einkommensniveaus nach statistischer Kontrolle der Einkommensungleichheit ein signifikanter Prädiktor für Mortalität bleiben (Lynch et al. 1998). Hier geht es darum, daß es voreilig ist, über die Existenz und Bedeutung einer direkten Assoziation zwischen absolutem Einkommen und Gesundheitszustand in entwickelten Ländern hinwegzusehen. Dies wird noch offensichtlicher, wenn statt einfacher Querschnittsanalysen (materielle Lebensbedingungen auf Bevölkerungsebene zu einem Zeitpunkt und ihre Gesundheits-Outcomes) der kumulative Einfluß materieller Lebensumstände über die Lebenszeit von Menschen in bestimmten Ländern geprüft wird. Als Folge dieser Neuinterpretation von Daten zur Bevölkerungsgesundheit ergibt sich auch, daß es irreführend ist zu behaupten, psychosoziale Faktoren seien für die öffentliche Gesundheit wichtiger als materielle.

Absolutes Einkommen, Einkommensungleichheit und Indikatoren für Sozialkapital

Die Bedeutung des absoluten Einkommens ist auch in anderen Analysen aufgedeckt worden, in denen wir Zusammenhänge zwischen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, dem Gini-Koeffizienten der Einkommensungleichheit (aus der Luxemburger Einkommensstudie) einerseits und Daten über Vertrauen, Zugehörigkeit zu Organisationen (wie z.B. Kirchen, kulturellen Vereinigungen etc.), Leistung ehrenamtlicher Arbeit für diese

Organisationen und Mitgliedschaft in Gewerkschaften (aus dem »World Value Survey«) andererseits (Inglehart 1997) geprüft haben. Für 15 entwickelte Staaten mit vergleichbarer Einkommensstatistik (Frankreich, England, Italien, Holland, Dänemark, Belgien, Spanien, USA, Kanada, Ungarn, Norwegen, Schweden, Finnland, Polen und die Tschechische Republik) fanden wir, daß Vertrauensniveaus, Mitgliedschaft in Organisationen und die Leistung ehrenamtlicher Arbeit für diese Organisationen – Maße, die als Indikatoren für Sozialkapital vorgeschlagen worden sind –, allesamt stärker mit dem Bruttoinlandsprodukt pro Kopf korrelierten ($r = 0.74$ [$p = 0.003$] für Vertrauen; $r = 0.67$ [$p = 0.02$] für Zugehörigkeit zu Organisationen; $r = 0.86$ [$p < 0.001$] für ehrenamtliche Tätigkeit in diesen Organisationen) als mit Einkommensungleichheit ($r = -0.18$ [$p = 0.55$]; $r = -0.36$ [$p = 0.27$]; $r = -0.06$ [$p = 0.87$]). Der gewerkschaftliche Organisationsgrad hingegen war stärker mit der Einkommensungleichheit ($r = -0.68$ [$p = 0.02$]) als mit dem Bruttoinlandsprodukt pro Kopf ($r = 0.16$ [$p = 0.63$]) assoziiert. Ergänzend haben Diener und Mitarbeiter in internationalen Vergleichen gezeigt, daß das absolute Einkommen ein besserer Prädiktor für subjektives Wohlbefinden darstellt als die relative Einkommensposition, und daraus die Schlußfolgerung gezogen, daß »in gewohnten Umgebungen die Konfrontation mit anderen, denen es besser geht, die eigenen Stimmungen nicht automatisch in negativer Weise beeinflußt« (Diener et al. 1995: 862; vgl. auch: Diener et al. 1993).

Die psychosoziale Umgebungs-Hypothese und gesundheitliche Ungleichheiten

Wir befürworten keine neoklassische Wirtschaftspolitik des Wachstums um jeden Preis. Unser Bestreben ist es vielmehr, bei allen Diskussionen über die Zusammenhänge zwischen absolutem Einkommen, Einkommensungleichheit, Sozialkapital und Gesundheit von der Vorrangstellung der materiellen, institutionellen und politischen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten auszugehen. Die Behauptung eines fehlenden Zusammenhangs zwischen Durchschnittseinkommen und Gesundheit in entwickelten Staaten ist als »Sprungbrett« für zwei davon abgeleitete, extrem einflußreiche Ideen benutzt worden. Die erste besagt, daß nicht das absolute Einkommen, sondern die relative Einkommensposition am stärksten mit Gesundheit verknüpft ist (Wilkinson 1997). Obwohl wir nicht prinzipiell gegen diese Idee sind, müssen wir erst noch durch empirische oder theoretische Argumente davon überzeugt werden, was Forscher mit »relativem Einkommen« tatsächlich zu messen meinen und wie dieses die Gesundheit beeinflußt. Im Grunde ersetzen einige Veröffentlichungen über diese

Mechanismen – hauptsächlich in Form abstrakter Darstellungen der Interaktion psychischer, neurologischer, endokriner und immunologischer Systeme – eine Metapher durch eine andere, statt in eine Diskussion über plausible ursächliche Zusammenhänge zwischen sozialen Phänomenen – vermuteterweise indiziert durch »relatives Einkommen« und Gesundheit – einzutreten. Die Brauchbarkeit eines auf solche psychoneuro-endokrinen Mechanismen gegründeten Verständnisses von gesundheitlichen Ungleichheiten ist selbst von einem herausragenden Forscher in Frage gestellt worden, dessen Arbeit mit Menschenaffen regelmäßig zur Unterstützung dieses Forschungsansatzes zitiert wird – Robert Sapolsky (1999: 39) schreibt: »Im vorliegenden Kapitel wird – bisherige Auffassungen revidierend – vor allem betont, wie *wenig* »Rang« *per se* irgendeinen dieser Endpunkte voraussagt. Vielmehr scheint es im Grunde genommen sinnlos zu sein, über die physiologischen Korrelate von »Rang« außerhalb des Kontextes einer Vielzahl anderer Einflußfaktoren nachzudenken – d.h. unabhängig von der Art der Gesellschaft, in der eine Rangposition auftritt ...« (Sapolsky 1999: 39; Hervorhebungen im Original)

Die zweite Behauptung lautet, daß materielle Bedingungen nur schwache Gesundheitseffekte hervorbringen. Entsprechend dieser Denkweise – wenn also absolutes Einkommen von geringerer Bedeutung für Gesundheit ist als das relative – können materielle Lebensstandards nicht viel von den beobachteten Unterschieden im Gesundheitszustand erklären (Wilkinson 1996). Als wichtig gelten daher die psychosozialen Effekte dessen, »wie die relative Einkommensposition wahrgenommen wird«. Wahrnehmungen des relativen Einkommens werden als individuelle psychische Prozesse beschrieben, welche einen Mangel an Selbstachtung, Streß und negative Gefühle erzeugen. Pathogenetisch werden diese psychischen Prozesse »innerhalb« der Person durch die oben genannten Mechanismen in einen schlechteren Gesundheitszustand »übersetzt«. Zugleich drücken sich diese Wahrnehmungen der eigenen Position und die negativen Gefühle, welche sie hervorrufen, »außerhalb« der Person in zwischenmenschlichem Mißtrauen, verminderter Gegenseitigkeit und ggf. geringerem Sozialkapital sowie schwächerem Zusammenhalt in der Gemeinschaft aus. Auf diesem Wege haben subjektive Wahrnehmungen des relativen Einkommens sowohl negative biologische Konsequenzen für die Menschen als auch negative soziale Konsequenzen für die Art und Weise, wie Menschen miteinander umgehen. Wahrnehmungen des relativen Einkommens dienen deshalb als zentraler Erklärungsfaktor, der individuelle und soziale Pathologie verknüpft (ebd.). Diese Betonung der individuellen Ebene psychischer Wahrnehmungen und ihrer physischen Ausdrucksformen ist nicht neu und in weiten Bereichen der

Gesundheitsforschung nachweisbar. Allerdings hat sie zunehmend an Einfluß gewonnen und stellt die vorherrschende »Optik« dar, durch die soziale Ungleichheiten der Gesundheit betrachtet werden (Adler et al. 1994; Tarlov 1996; Taylor/Repetti 1997; Boyle et al. 1999).

Mit der Übernahme dieses Ansatzes haben die Befürworter einer hauptsächlich psychosozialen Theorie gesundheitlicher Ungleichheit das Psychologische vom Materiellen in unterschiedlichen Graden abgetrennt – und damit die Vorstellung perpetuiert, daß psychische Reaktionen in ihrer Bedeutung gesondert von materiellen Lebensumständen verstanden werden können. Wir unterstützen diese Sichtweise nicht. Psychische Reaktionen entstehen nicht aus sich selbst heraus – sie spiegeln täglich erlebte Erfahrungen wider, und diese Erfahrungen reflektieren ihrerseits materielle Lebensumstände, die politisch, ökonomisch und kulturell bedingt sind (Muntaner/Lynch 1998). Wir sind davon überzeugt, daß es ein Fehler ist, die strukturellen Ursachen von gesundheitlichen Ungleichheiten mit den Wahrnehmungen ihrer Konsequenzen zu vermischen. Natürlich bestreiten wir nicht, daß soziale Ungleichheit psychosoziale Kosten für Individuen mit sich bringt oder daß diese negativen psychosozialen Effekte ein wichtiges Thema für Public Health sind (Muntaner et al. 1998). Einzig und allein auf Wahrnehmungen des relativen Einkommens zu fokussieren kann jedoch die realen Einkommensunterschiede verdecken – insbesondere am unteren Ende der Einkommensverteilung, wo die größte Krankheitslast existiert. Beispielsweise war in den fünf reichsten US-Großstadtreionen das unterste Zehntel der Einkommensverteilung (gleichbedeutend mit der relativen Einkommensposition) bei einem Einkommen unterhalb von 12 000 Dollar pro Jahr definiert. In den fünf ärmsten Regionen hingegen war das unterste Zehntel bei einem Einkommen von weniger als 4000 Dollar definiert. Die gleiche relative Einkommensposition verdeckt also große Unterschiede im tatsächlichen Einkommen. Es ist kaum zu akzeptieren, daß diese absoluten Einkommensdifferenzen und ihre Implikationen für den materiellen Lebensstandard ohne Bedeutung für die Gesundheit sein sollen.

Im Rahmen eines primär psychosozial ausgerichteten Modells gilt, daß Gesundheitsunterschiede zwischen reichen und ärmeren Regionen am besten als Widerspiegelung von Gefühlen der Wertlosigkeit, des Mißtrauens und des Zusammenbruchs sozialer Netze zu verstehen sind. Eine stärker materiell ausgerichtete Perspektive eröffnet die Möglichkeit zu erkennen, daß die interregionalen Unterschiede hinsichtlich absoluter und relativer Einkommen etwas so Konkretes anzeigen wie: keine Verfügung über ein Auto zu haben in einer Umgebung, in der es keine oder wenig öffentliche Verkehrsmittel gibt, um Leute zu Orten zu bringen, wo

sie dann unter Umständen stundenlang sitzen und warten müssen, um die allernotwendigste Gesundheitsversorgung zu erhalten. Unter derartigen Realbedingungen ist es fast unbedeutend, daß Menschen Ungerechtigkeit und Respektlosigkeit wahrnehmen. Allgemeiner formuliert sagen wir, daß absolute und relative Einkommensdifferenzen eine ungleiche Verteilung derjenigen materiellen Bedingungen repräsentieren, welche die Wahrscheinlichkeit der Verfügung und des Zugangs zu gesundheits-schützenden Ressourcen bestimmen, gesundheitsschädliche Expositionen vermindern und eine umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bestimmen (Davey Smith 1996; Lynch/Kaplan 1997). Wir sind der Auffassung, daß ein Modell, welches Gesundheitseffekte als Verkörperung von Einflüssen der materiellen Umgebung ansieht, ertragreicher für das Verständnis von gesundheitlicher Ungleichheit und nützlicher als Grundlage für staatliche Politik ist als eines, das sich auf individuelle psychische Prozesse und informelle zwischenmenschliche Beziehungen konzentriert.

Eine neo-materialistische Grundlage für Gesundheit im 21. Jahrhundert

Der Einfluß materieller Bedingungen auf Gesundheit wird gewöhnlich im Rahmen des sozialhygienischen Konzepts von Public Health, so wie es sich als Antwort auf die industrielle Gesellschaft des 19. Jahrhunderts entwickelte, verstanden. Aus dieser Sicht bedeuteten materielle Bedingungen: ein Dach über dem Kopf, ausreichender Kaloriengehalt der Nahrung, gesundes Trinkwasser und die Reduktion gesundheitlicher Risiken durch Abfallbeseitigung. Dies waren sicherlich die vorherrschenden materiellen Bedingungen im 19. Jahrhundert, als die Lebenserwartung etwa 40 Jahre betrug und die Sterblichkeit hauptsächlich Infektionskrankheiten zugeschrieben werden konnte. Und sie bleiben für das 21. Jahrhundert und darüber hinaus sowohl in reichen als auch in armen Ländern höchst relevant. Millionen Kinder in den USA haben nach wie vor nicht genug zu essen (Federal Interagency Forum 1998). Ist es aber möglich, daß es einen erweiterten Satz von materiellen Bedingungen gibt, welcher für die von chronischen Krankheiten beherrschte Morbidität und Sterblichkeit bedeutsam ist – und das, nachdem eine Lebenserwartung von gegenwärtig über 75 Jahren erreicht worden ist? Wohnverhältnisse, die vor extremer Hitze, Kälte und Feuchtigkeit schützen; Luftverschmutzung und Gifte; Zugang zu Waffen; medizinische Versorgung; körperliche Bewegung und nahrhafte fettarme Diät – all dies zählt zu den »neo-materiellen« Bedingungen, die die Lebensdauer im 21. Jahrhundert

beeinflussen. Auch nachdem die grundlegenden materiellen Bedürfnisse befriedigt sind, ist es denkbar, daß zusätzliche Verbesserungen einen Gesundheitsgewinn einbringen können. Es ist offensichtlich, daß Gesundheit empfindlich auf feine Unterschiede der materiellen Bedingungen in reichen Gesellschaften reagiert (Davey Smith et al. 1990; Macintyre et al. 1998; Blane et al. 1997), wie sie etwa im Leben in besseren Wohnvierteln, im Zugang zu einem Auto, in Hauseigentum und im Besitz eines Hauses mit Garten sichtbar werden. Obwohl es von grundlegender Bedeutung ist, die Verbindung zwischen materiellen Bedingungen und Bevölkerungsgesundheit zu verstehen, muß betont werden, daß materielle Bedingungen spezifisch für eine besondere Gesellschaft und Zeitperiode sein können. Die materiellen Voraussetzungen für ein gesundes Leben in einer modernen US-Großstadt, z.B. der Besitz eines Autos, mögen die materiellen Standards in einer anderen Gesellschaft oder Zeitperiode übersteigen. Vielleicht ist es an der Zeit, über die neo-materielle Basis für die Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit im 21. Jahrhundert neu nachzudenken (Lynch et al.; im Druck).

Bedeutet Sozialkapital lediglich soziale Unterstützung auf Gemeindeebene?

Die Art der Fragestellung und die Wortwahl, die benutzt werden, um Ungleichheit, materielle Lebensumstände, Sozialkapital und Gesundheit zu diskutieren, haben enorme Auswirkungen auf die Entwicklung und Umsetzung staatlicher Politik. Die vorherrschende Sichtweise in den Gesundheitswissenschaften ist, daß engere soziale Netzwerke und mehr Unterstützung stets vorteilhaft für die Gesundheit sind. Dies ist die Konsequenz eines grundlegenden Denkansatzes – der Pufferthese –, demzufolge soziale Unterstützung irgendwie vor Streß schützt (Cooper et al. 1999). Wie nützlich dieser Ansatz für das Verständnis des gesundheitlichen Nutzens sozialer Unterstützung auf individueller Ebene auch sein mag, so ist es doch eine Denk- und Redeweise, die für die Diskussion der gesundheitlichen Bedeutung von Sozialkapital inadäquat ist. Wenn wir unser Verständnis von Sozialkapital darauf zu beschränken hätten, es lediglich als eine Entsprechung individueller sozialer Unterstützung auf Bevölkerungsebene aufzufassen, würden wir uns der Möglichkeit begeben, dieses Konzept als ein heuristisches und praktisches Werkzeug zu verwenden, um eine Public Health-orientierte politische Programmatik zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit voranzubringen.

Betrachtet man die Art und Weise, wie Autoren wie Woolcock (1998) und Szreter (1999) Sozialkapital beschreiben, so ist man von der Breite

und Tiefe ihrer konzeptionellen Perspektive beeindruckt. Sie sehen in Sozialkapital ein enormes konzeptionelles und strategisches Potenzial zur Neubelebung unseres Verständnisses der facettenreichen Natur menschlicher Erwerbsarbeit. Sie gehen über eine verengte Sichtweise hinaus, nach der es sich bei Sozialkapital im Kern um informelle horizontale soziale Netzwerke sowie um die Entwicklung von Normen des Vertrauens und der Gegenseitigkeit handelt, welche die Basis für produktive Lebensaktivitäten und vermutlich auch für die Förderung der Gesundheit bilden. Sie präsentieren ein weitaus breiteres Bild, in dem formale soziale Beziehungen Berücksichtigung finden und die fundamentalen Aspekte unserer politischen, rechtlichen und institutionellen Strukturen betont werden. Im Hinblick auf das Verständnis von gesundheitlicher Ungleichheit haben Kaplan und Lynch (1997) mit Nachdruck für die Berücksichtigung sowohl horizontaler als auch vertikaler sozialer Beziehungen argumentiert. Diese Sichtweise mindert die Bedeutung informeller sozialer Netzwerke und ihres Potentials für die Bevölkerungsgesundheit keineswegs – vielmehr stellt sie sie in einen weiteren Kontext vertikaler Strukturen, die der Entfaltung und Verteilung von Wissen, Ressourcen und Macht innerhalb solcher Netzwerke Grenzen setzen. Die »Vertrauensüberzeugung« zwischen Menschen, die eine geschäftliche Zusammenarbeit vereinbaren, existiert zum Teil deshalb, weil Verträge gesetzlich geschützt werden. Der Kontext formeller sozialer Beziehungen ist wichtig für das Verständnis davon, wie sich Wahrnehmungen von Vertrauen und Zuverlässigkeit informell äußern. Für Autoren wie Szreter und Woolcock spielen der Staat sowie rechtliche und wirtschaftliche Organisationen bei der Strukturierung des Wesens der zivilen Gesellschaft, in der sich informelle soziale Beziehungen, Vertrauen und Gegenseitigkeit realisieren, eine zentrale Rolle. Szreter argumentiert: »Dem Staat kommt eine bedeutende Rolle bei der Förderung von Sozialkapital zu, insofern er die Gleichheit kommunikativer Kompetenz und eine von gegenseitigem Vertrauen getragene aktive Bürgerrolle unterstützt. Dies hat unmittelbare Implikationen für die Gestaltung von lokaler Verwaltung, Bildungswesen, sozialen Dienstleistungen und Haushaltspolitik.« (Szreter 1999: 30) Im Unterschied dazu behauptet Baum an anderer Stelle: »Die meisten Definitionen stimmen darin überein, daß die zivile Gesellschaft keine Markt- oder Regierungsveranstaltung darstellt.« (Baum 1997: 673) Wir stimmen dieser Zusammenfassung vorliegender Definitionen durch Baum nicht zu und denken, daß eine derart beschränkte Auffassung von Sozialkapital dessen potentielle Relevanz für Public Health gravierend einengt.

Schlußfolgerungen

Die positive, evolutionäre Sichtweise des epidemiologischen Übergangs von hauptsächlich infektiösen zu chronischen Krankheiten, die den Modellen von sozialem Zusammenhalt und Sozialkapital zugrunde liegt, ist zur Rechtfertigung einer Akzentverschiebung von materiellen zu psychosozialen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit verwendet worden (Cooper et al. 1999). Wir halten diesen Ansatz für nicht vertretbar. Zudem dürfte eine auf dem Ansatz psychosozialer Determination fußende Theorie der Bevölkerungsgesundheit nur schwer mit bestimmten gesundheitlichen Entwicklungstrends in Übereinstimmung zu bringen sein: Auch deutlich nach der Periode des epidemiologischen Übergangs hat es, insbesondere bei kardiovaskulären Todesursachen, in vielen Ländern wie Finnland, England, Japan, Neuseeland und den USA noch eindrucksvolle Rückgänge der Mortalität gegeben (Beaglehole 1999). Es ist wenig wahrscheinlich, daß diese ein Resultat verbesserter interpersonaler Netzwerke und sozialer Unterstützung waren (Davey Smith/Egger 1996).

Der technologische Wandel in dynamischen sozialen Systemen läßt Annahmen über stabile Errungenschaften auf dem Gebiet der Bevölkerungsgesundheit bestenfalls als unzuverlässig erscheinen. Das vergangene 20. Jahrhundert hat bezeugt, wie soziale Faktoren die Mortalität erhöht haben durch Kriege, durch das Wiederaufleben der Tuberkulose und die Ausbreitung neuer Infektionskrankheiten, durch die starke Abnahme der Lebenserwartung in Teilen Osteuropas und Afrikas, durch die Resistenz gegenüber Antibiotika, die Exposition gegenüber neuen Umweltgefahren und die gesundheitlichen Gefahren der globalen Klimaveränderung. Ohne in eine Analyse ihrer politisch-ökonomischen Determinanten eintreten zu wollen, können wir doch sagen, daß Public-Health-Probleme sowohl in den reichen als auch in den armen Ländern eine beträchtliche Investition in materielle Ressourcen erfordern – eine Investition, die durch die Konzentration auf psychosoziale Faktoren in ihrer Bedeutung eher heruntergespielt wird.

Das Konzept »Sozialkapital« ist für Public Health neu. Wir hoffen, daß im weiteren Verlauf der Debatte die sich entwickelnde Vorstellung von Sozialkapital sowohl strukturelle als auch interpersonale Sozialbeziehungen umfassen wird. Andernfalls könnte die Rede von Sozialkapital und sozialem Zusammenhalt Gefahr laufen, zu einem Lamento darüber zu werden, »warum wir alle es einfach nicht schaffen, eine einzige große, glückliche Familie zu sein«. Von der politischen Rechten ist diese Argumentation häufig und bei verschiedensten Gelegenheiten eingesetzt worden – von der Rechtfertigung des Abbaus sozialstaatlicher Funktionen

in Europa bis hin zur Einschränkung aktiver Gewerkschaften in den USA. Wir sind aber keine große glückliche Familie – es gibt die Wohlhabenden und die Habenichtse, die Ausbeuter und die Ausgebeuteten, die Freien und die Unfreien. Unsere Gesellschaften sind durch ökonomische, rassische, ethnische und geschlechtliche Ungleichheiten gespalten, die durch institutionalisierte politische, rechtliche und verbandliche Sanktionierungen abgesichert sind. Wenn wir Sozialkapital als gesamtgesellschaftliches Vermögen zur Integration, zur Gewährleistung der Menschenrechte, zu sozialer Gerechtigkeit und umfassender politischer und ökonomischer Beteiligung verstehen, dann sollte der Gesundheitssektor selbstverständlich darin investieren.

Übersetzung: Waldemar Streich und Uwe Lenhardt

Korrespondenzadresse:

Dr. John Lynch
Department of Epidemiology
School of Public Health
University of Michigan
109 Observatory Street
Ann Arbor
MI 48109-2029
USA
E-Mail: jwlynch@umich.edu

Anmerkung

- 1 Die Originalfassung erschien unter dem Titel »Social capital – Is it a good investment strategy for public health?« im Journal of Epidemiology and Community Health, 2000, 54, 404-408. Wir danken der BMJ Publishing Group für die freundliche Genehmigung, die Übersetzung des Beitrags abzdrukken.

Literatur

- Adler, N.E.; Boyce, T.; Chesney, M.A. et al. (1994): Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist* 49: 15-24
- Baum, F. (1997): Public health and civil society: understanding and valuing the connection. *Australian Journal of Public Health* 21: 673-675
- Baum, F. (1999): Social Capital: Is it good for your health? Issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53: 195-196
- Beaglehole, R. (1999): International trends in coronary heart disease mortality and incidence rates. *Journal of Cardiovascular Risk* 6: 63-68

- Blane, D.; Bartley, M.; Davey Smith, G. (1997): Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health* 7: 385-391
- Boyle, P.J.; Gatrell, A.C.; Duke-Williams, O. (1999): The effects on morbidity of variability in deprivation and population stability in England and Wales: an investigation at small-area level. *Social Science and Medicine* 49: 791-799
- Burg, M.M.; Seeman, T.E. (1994): Families and health: the negative side of social ties. *Annals of Behavioral Medicine* 16: 109-115
- Cooper, H.; Arber, S.; Fee, L. et al. (1999): The influence of social support and social capital on health. London: Health Education Authority
- Davey Smith, G. (1996): Income inequality and mortality: why are they related? Income inequality goes hand in hand with underinvestment in human resources. *British Medical Journal* 312: 987-988
- Davey Smith, G.; Egger, M. (1996): Commentary: Understanding it all – health, meta-theories, and mortality trends. *British Medical Journal* 313: 1584-1585
- Davey Smith, G.; Shipley, M.J.; Rose, G. (1990): Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 44: 265-270
- Diener, E.; Diener, M.; Diener, C. (1995): Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology* 69: 851-864
- Diener, E.; Sandvik, E.; Seidlitz, L. et al. (1993): The relationship between income and subjective well-being: relative or absolute? *Social Indicators Research* 28: 195-223
- Due, P.; Holstein, B.; Lund, R.; Modvig, J.; Avlund, K. (1999): Social relations: network, support and relational strain. *Social Science and Medicine* 48: 661-673
- Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics (1998): America's children: key national indicators of well-being. Washington, DC: US Government Printing Office
- Inglehart, R. (1997): Modernization and postmodernization. New Jersey: Princeton University Press
- Kawachi, I.; Kennedy, B.P.; Lochner, K. et al. (1997): Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87: 1491-1499
- Kunitz, S.J.; Levy, J.E. (1991): Navajo aging: the transition from family to institutional support. Tucson: University of Arizona Press
- Lynch, J.W.; Davey Smith, G.; Kaplan, G.A. et al. (2000): Income inequality and health: A neo-material interpretation. *British Medical Journal* (im Druck)
- Lynch, J.W.; Kaplan, G.A. (1997): Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *Journal of Health Psychology* 2: 297-314
- Lynch, J.W.; Kaplan, G.A.; Pamuk, E. et al. (1998): Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *American Journal of Public Health* 88: 1074-1080
- Macintyre, S.; Ellaway, A.; Der, G. et al. (1998): Do housing tenure and car access predict health because they are simply markers of income or self esteem? A Scottish study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52: 657-664
- Marx, K. (1967): Capital: a critique of political economy. Vols. 1-3. Translated by S. Moore and E. Aveling. New York: International Publishers
- Muntaner, C.; Eaton, W.W.; Diala, C. et al. (1998): Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social Science and Medicine* 47: 2043-2053
- Muntaner, C.; Lynch, J.W. (1998): Income inequality and social cohesion versus class-relations: A critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *International Journal of Health Services* 29: 59-81

- O'Brien, K., Wortman, C.B.; Kessler, R.C. et al. (1993): Social relationships of men at risk for AIDS. *Social Science and Medicine* 36: 1161-1167
- Portes, A. (1998): Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology* 24: 1-24
- Pritchett, L.; Summers, L.H. (1997): Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources* 31: 841-868
- Sapolsky, R.M. (1999): Hormonal correlates of personality and social contexts: from non-human to human primates. In: Panter-Brick, C.; Worthman, C.M. (Eds.): *Hormones, health and behavior*. New York: Cambridge University Press, 18-46
- Szreter, S. (1999): A new political economy for New Labour – The importance of social capital. *Renewal* 7: 30-44
- Kaplan, G.A.; Lynch, J.W. (1997): Whither studies on the socioeconomic foundations of population health. *American Journal of Public Health* 87: 1409-1411
- Tarlov, A.R. (1996): Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane, D.; Brunner, E.; Wilkinson, R. (Eds.): *Health and social organization*. London: Routledge
- Taylor, S.E.; Repetti, R.L. (1997): What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology* 48: 411-447
- Wilkinson, R.G. (1996): *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge
- Wilkinson, R.G. (1997): Health inequalities: relative or absolute material standards. *British Medical Journal* 314: 591-595
- Woolcock, M. (1998): Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society* 27: 151-208