

2 Begriffliches

2.1 Was ist Gesundheit?

Der Begriff Gesundheit findet im Alltag, in der Wissenschaft wie auch in der Politik häufigen Gebrauch. Allein im täglichen Leben nimmt das Thema Gesundheit einen so hohen Stellenwert ein, dass es sich in den jährlichen Wunschlisten der Bundesbürger an vorderster Stelle befindet und deshalb auch als das „höchste Gut“ bezeichnet wird (Gerber und Stünzner 1999). Welche Aspekte aber unter dem Gesundheitsbegriff verstanden werden und was die Gesundheit einer Person ausmacht, ist abhängig von den historischen Gegebenheiten (Labisch 1992), dem sozialen Kontext (Schwartz et al. 2003) und der disziplinären Ausrichtung des Betrachters (Hurrelmann und Franzkowiak 2003). So verwundert es nicht, dass bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine allgemeingültige Gesundheitsdefinition existiert.

Dieses Problem wird bereits seit geraumer Zeit in der medizinischen Philosophie diskutiert (Sadegh-Zadeh 2000; Nordenfelt 2007). Im Kern geht es dabei um die Frage, ob die Gesundheit als ein wertneutral-deskriptiver Begriff verstanden werden kann (z. B. Boorse 1977) oder ihr Verständnis von normativen Zuschreibungen abhängt (z. B. Wakefield 1992). Eine Vielzahl von Studien zu den kulturellen Aspekten gesellschaftlicher Gesundheitsvorstellungen verdeutlicht, dass eine objektiv-wertneutrale Interpretation von Gesundheit unmöglich ist (vgl. Boddington und Räisänen 2009: 50f.). Denn der kulturelle Hintergrund einer Gesellschaft prägt das normative Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Landrine und Klonoff 1992; MacLachlan 2006; Helman 2007; Uskul 2010). So führen beispielsweise individualistische Gesellschaften die Gesundheit eher auf physiologische Prozesse zurück, die von umweltgebundenen Faktoren losgelöst sind (vgl. Uskul 2010: 351). Hingegen nehmen kollektivistische Gesellschaften eine eher holistische Perspektive bei der Definition von Gesundheit ein.

Der normative Charakter des Gesundheitsbegriffs wird auch im historischen Kontext deutlich. So konnte der Medizinhistoriker Larson (1999) das sich in der westlichen Welt stetig wandelnde Gesundheitsverständnis im historischen Verlauf nachzeichnen. Die Antike verstand beispielsweise unter der Gesundheit ein auf Harmonie bzw. Gleichgewicht basierenden Zustand, der auch heute noch Gegenstand vieler Gesundheitsdefinitionen ist. Die Renaissance gilt in diesem

Zusammenhang als eine weitere bedeutende Epoche, die unser gegenwärtiges Gesundheitsverständnis mitgeprägt hat. Denn der bis dahin existierende Glaube, dass der Ort und Zeitpunkt des Todes unmöglich verschoben werden kann, wurde durch die Fortschritte in der Medizin, unter anderem getragen durch Francois Bacon, infrage gestellt. Schließlich hat sich unter René Descartes ein wissenschaftliches Gesundheitsverständnis entwickelt, dass die Gesundheit einer Person nach Maßgabe der Funktionsfähigkeit seines Körpers ähnlich einer Maschine beschreibt (ebd.). Dieses *bio-medizinische* Verständnis um Gesundheit ist auch heute noch unter westlichen Mediziner*innen durchaus üblich.

Dass dem Gesundheitsbegriff eine normative Bedeutung innewohnt, wird jedoch nicht nur durch die zeithistorische Reflexion deutlich. Auch *Laien-theorien* bzw. *subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit* zielen auf diesen Aspekt ab, indem sie eine Verbindung zwischen der sozialen Herkunft einer Person und seinen Gesundheitsvorstellungen herstellen (Radley und Billig 1996; Faltermaier et al. 1998; Flick 1998; Faltermaier und Bengel 2000; Faltermaier und Kühnlein 2000). So zeichnen beispielsweise Hughner und Kleine (2004: 408) nach, dass der sozial privilegierte Bevölkerungskreis bei der Gesundheitsdefinition oftmals positive Formulierungsmuster verwendet, während sozial benachteiligte Personen oft auf negative bzw. funktionsorientierte Interpretationen zurückgreifen. Darüber hinaus lassen sich nach Faltermaier (2008a: 38f.) auch geschlechtsspezifische Aspekte im Gesundheitsverständnis identifizieren. In Abhängigkeit von den Rollenvorstellungen, den Lebensbedingungen und Interessen verwenden Frauen ein weitaus differenzierteres Gesundheitsbild, das oftmals am psychischen Befinden ansetzt. Das männliche Gesundheitsverständnis, das bei Extrembodybildern deutlich in Erscheinung tritt, zielt hingegen meist auf die physische Leistungsfähigkeit ab (Monaghan 2001; Robertson 2006).

Das Gesundheitsverständnis hängt demnach von verschiedenen sozialen und zeithistorischen Aspekten ab, die sich nur schwer durch eine objektiv-wertneutrale Definition erfassen lassen. Aus diesem Grunde existieren selbst in der Wissenschaft verschiedene Gesundheitsvorstellungen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. In Anlehnung an verschiedene Übersichtsartikel kann Gesundheit definiert werden als (Franke 1993; Hughner und Kleine 2004):

- Störungsfreiheit
- Leistungsfähigkeit
- Homöostase/Gleichgewichtszustand
- Flexibilität
- Anpassung
- Wohlbefinden

Gesundheit als **Störungsfreiheit** zu definieren, ist das klassische Modell der Schulmedizin. Wie bereits weiter oben dargelegt, wurde dieses Gesundheitsverständnis unter anderem durch die naturwissenschaftliche Denkrichtung eines René Descartes geprägt (vgl. Larson 1999: 124f.). Das auch als biomedizinisches Modell beschriebene Paradigma, das die Gesundheit einer Person in Abhängigkeit seiner körperlichen und seelischen Verfassung beschreibt, deutet jede biologisch-physikalisch messbare Abweichung von der „gesunden Norm“ als Krankheit (vgl. Greiner 1998: 40). Vor diesem Hintergrund beruft sich die Medizin auf diagnostizierbare Symptome und Krankheitsbilder mittels biologischer Verursachermechanismen.

Das Prinzip, das Gesundheit als **Leistungsfähigkeit** versteht, bezieht sich hingegen auf die Anforderungen und Aufgaben, die eine Person im Alltag zu bewältigen hat. Kann diese Person die durch die Gesellschaft definierten Anforderungen nicht angemessen erfüllen, gilt sie als krank. Die vorliegende Gesundheitsvorstellung orientiert sich demnach an einem gesellschaftlichen Rollenverständnis, das schulmedizinische Aspekte zunächst ausklammert (vgl. Franke 1993: 22; Hughner und Kleine 2004: 407). Aus soziologischer und politischer Sicht ist die Leistungsfähigkeit einer Person dabei nicht nur für die eigenen Entwicklungschancen maßgebend (Siegrist 2005), sondern auch für die Funktionsfähigkeit einer Gesellschaft insgesamt (Franke 1993).

Gesundheit als einen dynamischen Zustand des **Gleichgewichts** bzw. der **Harmonie** zu beschreiben hat einen langen zeitgeschichtlichen Hintergrund, der bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt fortwährt. Wie bereits dargelegt, etablierte sich bereits in der Antike die Vorstellung über ein universelles, kosmisch wie biologisch gesteuertes Gleichgewichtssystem, das in der sogenannten *Säftelehre* ihre Entsprechung findet (vgl. Mühlum et al. 1997: 82; Engelhardt 1995: 13). Ähnliche Interpretationen existieren auch heute noch in der traditionell-fernöstlichen Gesundheitslehre (vgl. Saylor 2004: 104f.), aber auch in den westlichen Gesundheitswissenschaften. Im *biopsychosozialen Modell* von Antonovsky (1987; sog. *Salutogenese*) beispielsweise wird Gesundheit als ein dynamischer Prozess verstanden (vgl. Lippke und Renneberg 2006: 10f.). Ähnlich definiert die WHO die Gesundheit als „ein positiver funktioneller Gesamtzustand im Sinne eines dynamischen, biopsychologischen Gleichgewichtszustands, der von der Person erhalten bzw. immer wieder hergestellt werden muss“ (WHO 1986, zitiert nach Lippke und Renneberg 2006). Die Gesundheit beschreibt demzufolge keinen unveränderlichen Zustand. Vielmehr muss sie in Abhängigkeit von der individuellen Lebensbiografie als ein dynamischer Balancezustand zwischen vollkommener Unversehrtheit und krankheitsbedingtem Tod verstanden werden (vgl. Gerber und Stünzner 1999: 46).

Gesundheit als **Flexibilität** eines Menschen zu definieren zielt auf den Aspekt des „sich-weiter-veränderns“ ab (vgl. Franke 1993: 27; Hughner und Kleine 2004: 408f.). Dieses in der Psychologie und Philosophie angesiedelte Gesundheitsparadigma, das als *Selbstaktualisierungsmodell* bezeichnet wird, definiert den gesunden Menschen als ein moralisches, selbstverantwortliches und autonom handelndes Wesen (vgl. Becker 1982: 147). Gesunde Menschen sind nach dieser Vorstellung unabhängig, sind in moralischer Hinsicht autonom wie selbstverantwortlich und setzen sich zu jeder Zeit kritisch mit den gesellschaftlichen Bedingungen auseinander. Gesundheit gilt daher nicht als ein unveränderlicher Zustand, sondern wird als Prozess verstanden, in dem auch Krankheitszustände und -risiken als integrale Bestandteile mitberücksichtigt werden müssen.

Demgegenüber bezieht sich das Gesundheitsverständnis der **Anpassung** auf die Fähigkeit, sich mit den umweltgebundenen Einflussfaktoren angemessen auseinanderzusetzen (vgl. Franke 1993: 28; Larson 1999: 131ff.). Nach der aus der Psychologie stammenden Auffassung gilt eine Person dann als gesund, wenn sie die Fähigkeit besitzt, sich an die Bedingungen und Veränderungen der unmittelbaren Lebenswelt optimal anzupassen. So definiert Weiner (1983: 16) die Gesundheit als die „[relativ optimale] Anpassung auf biochemischer, physiologischer, immunbiologischer, sozialer und kultureller Ebene.“ Wesentliche Voraussetzung für die optimale Anpassung ist „der gesunde und intakte Zustand der betreffenden Personen, einschließlich der körperlichen Aspekte“ (ebd.). In diesem Sinne besitzen gesunde Menschen die Fähigkeit, sich an veränderte Bedingungen so anzupassen, dass Einschränkungen nicht wahrgenommen und eigene Bestrebungen weiterhin verfolgt werden können (vgl. Greiner 1998: 47).

Schließlich ist das **Wohlbefinden** Gegenstand einiger Gesundheitsdefinitionen (vgl. Franke 1993: 30; Larson 1999: 128f.; Saylor 2004: 100f.). Denn das affektive Wohlbefinden hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit einer Person (vgl. Greiner 1998: 43). Fühlt sich diese nach eigener Einschätzung wohl, wird sie als gesund definiert. Eine der bekanntesten und meist zitierten Gesundheitsdefinitionen, die den Begriff des Wohlbefindens mitberücksichtigt, stammt aus dem Jahr 1946 und wurde von der WHO formuliert. Diese versteht Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur [als] das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946). Das Wohlbefinden einer Person in allen Dimensionen des alltäglichen Lebens rückt somit in den Vordergrund und verdrängt die rein biomedizinische Sichtweise (vgl. Hurrelmann und Franzkowiak 2003: 52).

Die angeführten Gesundheitsvorstellungen zeigen, dass es keine allgemeingültige Definition von Gesundheit gibt. Vielmehr existieren verschiedene Ansichten über Krankheit und Gesundheit. Dennoch hat sich in den Gesundheitswissenschaften mehrheitlich ein multidimensionales Verständnis von Gesundheit

durchgesetzt. Gesundheit wird demzufolge als ein holistischer Zustand verstanden, der durch das psychische wie physische Befinden wie auch durch soziale und kulturelle Aspekte bestimmt wird (vgl. Saylor 2004: 101; Boddington und Räisänen 2009: 51). Darüber hinaus lassen sich nach Williams und Wood (1986) zwei weitere Aspekte des Gesundheitsbegriffs identifizieren, die nachfolgend vorgestellt werden: der subjektive und objektive Tatbestand von Gesundheit.

Der **objektive** Tatbestand von Gesundheit orientiert sich am biomedizinischen Modell und definiert eine Person als gesund, wenn ihr keine krankheitswertigen Symptome attestiert werden können. Der Vorteil dieser objektiven Interpretation von Gesundheit liegt darin, dass sie wertneutral und Gesundheit in ihrer Sachlichkeit betrachtet (vgl. Boorse 1977: 542f.). Sie ermöglicht daher eine Identifikation von Krankheiten, die die betroffene Person selbst erst zeitlich verzögert wahrnimmt (Helfferich 1993: 36). Zu diesen Erkrankungen zählen beispielsweise erhöhte Blutdruck- oder Blutzuckerwerte wie auch Tumorerkrankungen (vgl. Brähler und Schumacher 2002: 211). Schließlich stellt die bewusste bzw. unbewusste Leugnung von diagnostizierten Krankheitsbildern selbst ein Krankheitsverhalten dar, sodass objektive Standards nicht vernachlässigt werden dürfen (vgl. Myrtek 1998: 19f.).

Gesundheit muss zudem durch eine **subjektive** Perspektive erweitert werden, indem die betroffene Person ihren eigenen Gesundheitszustand beschreibt. Diese gilt gemäß den Ausführungen zum Wohlbefinden dann als gesund, wenn sie keine subjektiven Beschwerden anzeigt. Dadurch löst sich der Gesundheitsbegriff von einer rein objektiven Betrachtungsweise und ermöglicht eine nähere Berücksichtigung der individuellen Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit. Diese ist insoweit wichtig, als sie darüber aufklärt, wie Gesundheit und Krankheit in den jeweiligen Situationen erlebt und empfunden werden (Franzkowiak 2003). Auf der anderen Seite sind subjektive Beurteilungen hilfreich bei der Erforschung und Entdeckung neuer Erkrankungen (vgl. Brähler und Schumacher 2002: 208).

Aufgrund der Vor- und Nachteile, die mit einer subjektiven und objektiven Beurteilung von Gesundheit einhergehen kann, gilt es, beide Perspektiven in die Definition des Gesundheitsbegriffs einfließen zu lassen. Denn erst durch ihre Kombination ist es möglich, den Gesundheitszustand einer Person optimal zu beschreiben. Gesundheit wird in der vorliegenden Arbeit deshalb wie folgt definiert:

„Gesundheit ist der objektive wie subjektive Zustand einer Person, der sich durch die Abwesenheit von physischen sowie psychischen Beschwerden und durch ein gesundheitliches Wohlbefinden ausdrückt.“

Diese Definition orientiert sich zwar stark am biomedizinischen Modell, soll jedoch auch hervorheben, dass die Gesundheit von sozialen Facetten abhängt und bestimmt wird. Von einer Verwendung holistischer Gesundheitskonzeptionen wurde in diesem Zusammenhang jedoch abgesehen, da diese meist auch potenzielle Gesundheitsdeterminanten mitberücksichtigen. Schließlich muss kritisch angemerkt werden, dass die formulierte Gesundheitsdefinition äußerst sensibel gegenüber gesundheitlichen Beschwerden reagiert und zwischen verschiedenen Schweregraden nicht unterscheiden kann. Diese Problematik ist jedoch immanent in den Gesundheitswissenschaften und kann durch die vorliegende Arbeit nicht gelöst werden.

2.2 Was ist Armut?

Die Armut wird in der öffentlichen Diskussion um sozialpolitisch relevante Themen häufig verwendet. Mit ihm werden unter anderem Ungleichheiten als skandalös beschrieben, auf das gesellschaftliche Problem einer sozialen Unterschicht hingewiesen oder auch bloße Existenzängste unter der Mittelschicht geschürt. Um den Armutsbegriff kreisen sich zudem Vorurteile, stereotypische Denkmuster und Laientheorien über die Gründe für einen sozialen Abstieg, die sich einer gewissen Polemik nicht entziehen (vgl. Cozzarelli et al. 2001; Eiffe und Heitzmann 2006: 44f.). Demgegenüber gesellen sich verschiedene wissenschaftliche Disziplinen hinzu, die sich zwar einer nüchterneren Herangehensweise bedienen, sich aber trotzdem uneins darüber sind, was unter Armut verstanden werden kann. Insbesondere die zeitgeschichtliche, soziale wie politische Verortung der verschiedenen Akteure hat einen Einfluss auf das Armutsverständnis (vgl. Huster et al. 2008: 16). So existieren bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt verschiedene Ansichten, welche Lebensumstände mit einer Verarmung einhergehen und wie sich Armut definieren lässt. Schließlich zeigt sich, dass der Armutsbegriff wie auch seine methodische Umsetzung an normativen Entscheidungen gebunden ist, weshalb er keinesfalls als „wertneutraler“, wissenschaftlich objektiver Begriff verstanden werden kann (Lipsmeier 2001: 3).

Grundsätzlich lassen sich nach Laderchi et al. (2003) drei Armutskonzepte identifizieren: 1) der monetäre Ansatz, 2) der Capability-Approach bzw. der Lebenslageansatz und 3) der Ansatz der sozialen Exklusion.¹

¹Daneben existiert nach Laderchi et al. (2003) die sogenannte *partizipatorische* Methode, bei der die subjektiven Armutsinterpretationen von Befragten in die Armutsdefinition einfließen. Dieser Ansatz wird im Folgenden nicht diskutiert, da er keine inhaltliche Interpretation zulässt, sondern vielmehr methodische Aspekte betont, die sich den anderen Armutsdefinitionen zuordnen lassen.

Diese wurden mit Ausnahme des monetären Ansatzes erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ausgearbeitet, obwohl uns das Thema Armut seit Anbeginn begleitet und entsprechend dokumentiert wurde (Schäfer 2008). Als soziales Massenphänomen wurde die Armut erst in der frühen Phase der Industrialisierung in Europa „bewusst“ wahrgenommen (vgl. Eichler 2001: 22; Schäfer 2008: 237f.). Die als *Pauperismus* beschriebene Umbruchphase zur Zeit der Frühindustrialisierung prägte zum ersten Mal einen spezifischen Teil der Gesellschaft als arm. Diese fortschreitende Umgestaltung der sozialen Verhältnisse war es auch, die das Thema Armut auf die politische Agenda gerückt hat. Vorherige Armutsproblematiken betrafen entweder gesamte Gesellschaften oder waren durch hierarchische Herrschaftssysteme, dem religiösen Glauben oder durch ein Ständesystem legitimiert (Eichler 2001; Schäfer 2008).² Diese Legitimationsmittel hatten in der frühen Phase der Industrialisierung keinen Bestand mehr, sodass die Gefahr sozialer Unruhen ausgehend von den massenhaft Verarmten anstieg.

Schließlich reagierten Akteure aus Politik, Wissenschaft und Philosophie auf die aufkeimende Armut des frühen 20. Jahrhunderts mit verschiedenen Initiativen. Exemplarisch hierfür sind die Abhandlungen von Karl Marx und Friedrich Engels zur Herausbildung zweier ökonomischer Klassen, die Einführung der Sozialgesetze durch Otto von Bismarck im ausgehenden 19. Jahrhundert oder die von Charles Booth im Jahre 1887 und von Seebohm Rowntree im Jahre 1902 veröffentlichten Studien zur Armut in den britischen Städten London und York. Nach Eichler (2001) haben eben diese wie auch weitere Maßnahmen dazu geführt, dass das als „alte Armut“ bezeichnete Massenphänomen bekämpft und weitestgehend aus dem öffentlichen Leben moderner Gesellschaften verschwand.

Erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte in den entwickelten Industrienationen eine erneute Auseinandersetzung mit dem Thema Armut ein. Ausgelöst durch soziale und wirtschaftliche Veränderungsprozesse, wie beispielsweise der *Krise des Fordismus* Ende der 1960er Jahre, wurde das Thema Armut in Politik, Wissenschaft und Gesellschaft revitalisiert. Inhaltlich zielte der Begriff jedoch nun nicht mehr auf eine absolute Existenzsicherung ab, sondern hatte als „neue“ Armut die relativen Lebensverhältnisse einer Gesellschaft im Blick (vgl. ebd.: 23). Dieses veränderte Armutsverständnis beruht auf dem allgemeinen Wohlstandswachstum der Industrienationen nach Ende des 2. Weltkriegs, der eine materielle Grundversorgung existenzieller Bedürfnisse implizierte (Piachaud 1992).

² Im historischen Rückblick existierten seit jeher Ansätze zur Verringerung der absoluten Armut. In ihrem Ausmaß und ihrer gesellschaftlichen Bedeutung können sie jedoch nicht mit den revolutionären Umwälzungen des 19. Jahrhunderts verglichen werden (vgl. Schäfer 2008).

Aus diesem zeitgeschichtlichen Einblick in das sich wandelnde Armutsverständnis wird deutlich, wie die sozialen, wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse die inhaltliche Interpretation von Armut prägen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden in der Armutsforschung drei Armutsdefinitionen diskutiert, die sich inhaltlich aber auch methodisch relativ stark voneinander unterscheiden.³

Der *monetäre Ansatz* stammt aus der Ökonomie und definiert eine Person als arm, wenn die ihr zur Verfügung stehenden (finanziellen) Ressourcen eine vorher fixierte Armutsgrenze unterschreiten. Als *indirekter* Armutsindikator (Ringens 1988) misst der monetäre Ansatz den potenziellen Nutzen bzw. Konsum einer Person, der auf Basis seiner finanziellen Ressourcen möglich ist (Andress 1999). Diese Ressourcen besitzen jedoch direkt keinen intrinsischen Wert, da sie vielmehr zur Generierung von Dingen mit intrinsischem Wert herangezogen werden (vgl. Ringens 1988: 355). Der durch die finanziellen Mittel ermöglichte Konsum von Dingen mit intrinsischem Wert stellt im monetären Ansatz daher auch den Schlüssel zum Wohlbefinden einer Person dar (vgl. Frank 1997: 1832). Um schließlich den indirekten „Konsum“ unter den Gesellschaftsmitgliedern vergleichen zu können, postuliert der monetäre Ansatz, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen optimal, nach rationalen Gesichtspunkten eingesetzt werden (vgl. ebd.; Laderchi et al. 2003: 247).

Inwieweit diese Annahme jedoch den tatsächlichen Verhältnissen entspricht, wird insbesondere durch Sen (1981: 26ff.) kritisch hinterfragt. Denn die zur rationalen Entscheidungsfindung notwendige Bedingung transparenter Märkte ist häufig nicht vorhanden (vgl. Ringens 1988: 358). Darüber hinaus bleiben alternative (soziale wie öffentliche) Ressourcen im monetären Ansatz weitestgehend unberücksichtigt (ebd.; Andress 2003: 118). Ferner können auch Normen, Konsumverhalten oder die Haltung gegenüber Marktpreisen unter den Gesellschaftsmitgliedern variieren, sodass der „potenzielle“ Konsum nur verzerrt dargestellt werden kann. Diese Aspekte können einen erheblichen Einfluss auf die Formulierung einer Armutsgrenze ausüben. Dabei existieren im monetären Ansatz zwei Standards zur Bestimmung von Armut (Ravillion et al. 2008; Ravillion 2010): die absolute und relative Armut.

Getreu der *absoluten Armutsdefinition* gilt eine Person dann als arm, wenn die ihr zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen ein zeitinvariantes Existenzminimum unterschreiten. Die absolute Armutsgrenze bezieht sich unmittelbar auf die physische Existenzsicherung einer Person (vgl. Hauser und Neumann 1992: 245; Zimmermann 1998: 36), die unabhängig vom materiellen Wohlstand einer Gesellschaft über die Zeit Bestand hat (vgl. Piachaud 1992: 64).

³ Nach Laderchi et al. (2003) können diese nach Umfang, Verallgemeinerungsfähigkeit, Objektivierbarkeit, Beobachtungsebene, Multidimensionalität, zeitlicher Dynamik, ihrer Definition einer Armutsgrenze und ihrem interpretativen Charakter unterschieden werden.

Ob sich aber Existenzmittel über die Zeit als konstant definieren lassen, wird relativ stark bezweifelt (vgl. Ludwig-Mayerhofer und Barlösius 2001: 26; Hagenaars und De Vos 1988: 213). Denn existenzsichernde Güter können vor dem Hintergrund der natürlichen Lebenswelt deutlich variieren (vgl. Hauser 2008: 96). Darüber hinaus ist die Auswahl zeitinvarianter Existenzmittel insofern problematisch, als sich die Lebensbedingungen einer Gesellschaft und die damit einhergehenden Notwendigkeiten und Bedürfnisse im Zeitverlauf stetig verändern (vgl. Piachaud 1992: 64; Ravillion et al. 2008; Ravillion 2010).⁴ So variieren selbst unter den unterentwickeltesten Ländern die Kriterien einer absoluten Armut (Ravillion et al. 2008; Ravillion 2010).

In den westlichen Industrienationen hat sich mehrheitlich eine *relative Armutsdefinition* des monetären Ansatzes durchgesetzt. Denn mit dem steigenden Wohlstand und einer garantierten Grundversorgung treten existenzbedrohte Lebenslagen nur noch selten auf (vgl. Piachaud 1992: 64f.; Ravillion 2010). Ihre methodische Umsetzung erfolgt dabei meist an einem spezifischen Punkt der gesamtgesellschaftlichen Einkommensverteilung, die den Anschluss zur gesellschaftlichen Teilhabe markiert (vgl. Andress 1999: 83). Nach Auslegung der Sozialwissenschaft und Ökonomie charakterisiert dieser Punkt daher auch den durchschnittlichen Lebensstandard einer Gesellschaft (vgl. Andress 1998: 2; Frank 1997; Ravillion 2010: 14ff.). Kann eine Person mit den ihr zur Verfügung stehenden ökonomischen Mitteln den historisch geltenden, sozial und kulturell typischen Lebensstandard nicht erreichen, wird diese als arm definiert (vgl. Hauser und Neumann 1992: 246). Armut bildet im relativen Armutskonzept daher eine „soziale Kategorie“ (vgl. Andress 1999: 71), in der ein gesellschaftlicher „Common Sense“ über die sozialen Notwendigkeiten gebildet wird (vgl. Barlösius 2001: 76). Inwieweit jedoch die formulierte Armutsgrenze den gesellschaftlichen wie individuellen Mindeststandards entspricht, bleibt ähnlich wie die Frage zur rationalen Verwendung finanzieller Mittel zunächst offen.

Schließlich kann die Definition einer Armutsgrenze bei beiden Definitionen auf unterschiedlichen Ansätzen beruhen. Zum einen können *sozial-politische Standards* herangezogen werden, wie beispielsweise der Sozialhilferegelsatz oder das Arbeitslosenentgelt (vgl. Piachaud 1992: 66; Veit-Wilson 1998: 29ff.; Andress 1999: 90). Daneben kann aber auch ein spezifischer *Warenkorb* erstellt werden (Bradshaw et al. 1987). Diese erstellt auf Basis unterschiedlicher Konsumgüter und den damit einhergehenden Kosten eine Grenze, die in Abhängig-

⁴ Adam Smith betonte bereits 1776: „By necessities, I understand not only the commodities which are indispensable necessary for the support of life but whatever the custom of the country renders it incident for creditable people, even of the lowest order, to be without. A linen shirt, for example, is strictly speaking not a necessity of life[...] But in the present time [...] a creditable day labourer would be ashamed to appear in public without a linen shirt“ (vgl. Smith 1982: 691).

keit von den theoretischen Anforderungen den Eintritt in die Armut markiert. Beispiele für diese Methode sind die Nahrungsenergie- oder die Grundbedürfniskostenmethode (vgl. Ravillion 2010: 8ff.) oder der Ansatz zur Berechnung des Minimaleinkommens für ein gesundes Leben (Morris et al. 2002).

Darüber hinaus können aber auch *subjektive Kriterien* direkt wie indirekt in die Formulierung einer Einkommensarmutsgrenze einfließen (vgl. Piachaud 1987: 149ff.; Veit-Wilson 1998: 27ff.). Bei der direkten Umsetzung definieren die Befragungsteilnehmer unmittelbar die für sie armutsrelevante Einkommensgrenze (vgl. Piachaud 1992: 72ff.; Andress 1999: 96). Der alternative Ansatz orientiert sich hingegen an den für die Befragungsteilnehmer notwendigen Lebensverhältnisse, die direkt das physische Überleben und/oder die soziale Teilhabe garantieren, wie beispielsweise die Verfügbarkeit angemessener Kleidung oder warmer Mahlzeiten (vgl. Townsend 1979: 261).

Die Einkommensarmutsgrenze wird in der Armutsforschung schließlich mehrheitlich anhand *statistischer Verteilungsmaße* definiert, die an den relationalen Einkommensverhältnissen einer Gesellschaft ansetzen (vgl. Piachaud 1992: 67; Böhnke und Delhey 2001: 316). Die Bestimmung der relativen Armutsgrenze orientiert sich dabei an wissenschaftlichen Standards, die trotz ihres objektiven Charakters an normativen Entscheidungen gebunden sind. Deshalb kann ein Armutskonzept nur „in dem Sinne objektiv sein, als es explizit, eindeutig und überprüfbar ist und auf einer Verwendung der besten verfügbaren Messmethoden beruht“ (vgl. Piachaud 1992: 66).

Der Ansatz der Verwirklichungschancen und der Lebenslagenansatz bilden die theoretisch umfassendsten Konzeptionen von Armut. Maßgebend für ihre Entwicklung war die Kritik, dass bisherige Armutsdefinitionen ausschließlich monetäre Mittel einbeziehen würden. Den beiden Ansätzen zur Folge ist die individuelle Wohlfahrt aber als ein multidimensionaler Tatbestand zu verstehen, der verschiedene Lebensbereiche umfasst. Im Gegensatz zum tatsächlichen Konsum tritt hierbei der potenzielle Verwirklichungsspielraum individueller Wünsche und Lebensziele in den Vordergrund (vgl. Leßmann 2006: 31).

Der **Ansatz der Verwirklichungschancen** wurde von Amartya Sen begründet und von Martha Nussbaum und anderen maßgeblich weiterentwickelt (Robeyns 2005; Arndt und Volkert 2006; Gasper 2007; Graf 2011). Dem Ansatz folgend wird eine Person als arm definiert, wenn ihre Freiheit bzw. ihre Verwirklichungschance, unterschiedliche Lebensstile bzw. Funktionen realisieren zu können, eingeschränkt ist (vgl. Robeyns 2005: 94f.; Arndt und Volkert 2006: 9).⁵

⁵ Der Mangel an Verwirklichungschancen steht bei Sen (2000: 95) im Vordergrund, da ihre tatsächliche Realisation vom Lebensstil beeinflusst wird und zudem ihre relative Bedeutung bestimmt, wodurch eine objektive Abschätzung sozialer Benachteiligung nicht gegeben ist (vgl. Graf 2011: 21f.).

Armut und Gesundheit in Europa

Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung

Pförtner, T.-K.

2013, X, 310 S. 32 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-01411-7