

# 1 Soziale Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit

Das Konzept der „sozialen Determinanten der Gesundheit“ hat in den vergangenen Jahren in der sozial-epidemiologischen und medizin-soziologischen Forschung enorme Popularität erlangt, nicht zuletzt dadurch, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Kommission hierfür einberufen hat – die *Commission of Social Determinants of Health (CSDH)* (Mackenbach 2006, Solar & Irwin 2007, 2010). Diesem Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit zufolge sind nicht nur individuelle Merkmale der Menschen ausschlaggebend für deren Gesundheit, sondern vielmehr die sozialen und infrastrukturellen Bedingungen, in denen Menschen aufwachsen, arbeiten und leben (Dahlgren & Whitehead 2007, Graham 2007). Dieser Ansatz ist in der gesundheitsorientierten Forschung dagegen nicht besonders neuartig. Neben Emile Durkheim, der erstmalig Kontextbedingungen für seine „Selbstmordstudien“ in den Fokus soziologischer Untersuchungen nahm, erforschten bereits Chadwick in England, Villermé in Frankreich und Virchow in Deutschland Unterschiede in der Gesundheit bzw. Erkrankung aufgrund sozialer und kontextueller Bedingungen, wie bspw. die durch die Industrialisierung stark geprägten Arbeitsbedingungen und die Wohnsituation der Bevölkerung.

Diese Einflussfaktoren wirken nicht nur auf der Individual-, sondern auch auf der Aggregat-Ebene. Wie bereits Evans und Kollegen (1994) angeführt haben, sind diese Kontextmerkmale Indikatoren dafür *“how healthy we are as individuals and societies”* und *“why some people are healthy and others are not”* (Evans et al. 1994, S. xiii). Daher ist es nicht nur das Gesundheitssystem oder die Gesundheitsdienstleistungen, die als entscheidende makro-strukturelle Stellschrauben der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit zu betrachten sind (Lalonde 1974, Evans & Stoddart 1990, McKeown 1979, McKinlay 1975). Auch die sozialen Faktoren und Bedingungen, die das Leben prägen, sind *“factors which help people stay healthy, rather than the services that help people when they are ill”* (Graham 2004, S. 105). Als Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit dient im Folgenden das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit unter Zuhilfenahme einer begrifflichen Einführung der makro-strukturellen Kontextfaktoren.

## 1.1 Die soziologische Konzeption sozialer Ungleichheit

Zu den zentralen Forschungsbereichen in den Sozialwissenschaften und Gesundheitswissenschaften zählt die Untersuchung sozialstruktureller und sozioökonomischer Einflussgrößen auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit. Zahlreiche Studien aus verschiedenen Ländern liefern eine breite empirische Evidenz dafür, dass Gesundheit und Krankheit *innerhalb* und *zwischen* Gesellschaften nicht etwa zufällig verteilt sind, sondern vielmehr einem sozialen Gradienten folgen: Sozial besser gestellte Bevölkerungsgruppen leben zum einen durchschnittlich länger, zum anderen verbringen sie einen größeren Teil ihres Lebens in besserer Gesundheit als ihre sozial schwächer gestellten Mitmenschen (Mielck 2000, Richter & Hurrelmann 2009, Siegrist & Marmot 2006). Diese so genannten gesundheitlichen Ungleichheiten sind sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch aus gesellschaftspolitischer Sicht von besonderer Relevanz (Helmert 2003, Mackenbach 2012).

Der Begriff der sozialen Ungleichheit beschreibt in erster Linie nicht eine beliebige *Andersartigkeit* (alt – jung, blond – dunkelhaarig, usw.), sondern eine *Anderswertigkeit*, die eine ungleiche Verteilung von Lebenschancen nach sich zieht (Hradil 2005). Diese Lebenschancen werden durch äußere Rahmenbedingungen – den „Lebensbedingungen“ (Rückert 2008, S. 195) – beeinflusst. In modernen Gesellschaften basieren diese Rahmenbedingungen primär auf Dimensionen, die sich auf die berufliche Stellung beziehen: Bildung, Wohlstand, Macht und Prestige (Hradil 2005). Allgemein wird der Begriff der „sozialen Ungleichheit“ mit Aspekten der Bildung, der beruflichen Stellung und dem Einkommen assoziiert (Richter & Hurrelmann 2007, Mielck & Helmert 2006). Soziale Ungleichheit liegt dann vor,

„(...) wenn Menschen aufgrund ihrer Stellung in sozialen Beziehungsgefügen von den 'wertvollen Gütern' einer Gesellschaft regelmäßig mehr als andere erhalten“ (Hradil 2005, S. 30).

Die Konzentration auf die oben genannten vier Dimensionen reicht in modernen Gesellschaften jedoch nicht mehr aus, um Ungleichheiten hinreichend zu beschreiben. Aufgrund unterschiedlicher theoretischer Konzeptionen zur sozialen Ungleichheit muss sich die vorliegende Arbeit allerdings auf einen Ansatz konzentrieren. Die vertikale Ungleichheit beruht, wie bereits erwähnt, auf sozioökonomischen Determinanten und ist für die vorliegende Arbeit als Erklärungshintergrund gesundheitlicher Ungleichheit relevant. Im Mittelpunkt steht die „vertikale“ Gliederung der Gesellschaft, die in der Regel über den Beruf, die Bildung und/oder das Einkommen der Personen gemessen wird. Das folgende Kapitel

bezieht sich nun ausschließlich auf sozioökonomische bedingte Unterschiede in der Gesundheit und damit auf gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozioökonomisch besser im Vergleich zu sozioökonomisch schlechter gestellten Menschen.

## 1.2 Begriffliche Einführung

Kontextuelle Faktoren lassen sich in unterschiedlichen Bereichen ansiedeln. Daher ist eine allgemeingültige Definition kontextueller Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit lohnenswert. Eine gute Vorlage zur begrifflichen Definition bieten die konzeptuellen Ausführungen von Solar und Irwin (2007) zu den „Sozialen Determinanten der Gesundheit“.

“ ‘Context’ is broadly defined to include all social and political mechanisms that generate, configure and maintain social hierarchies, including: the labor market, the *educational system*, political institutions and other cultural and societal values.” (Solar & Irwin 2007, p. 34, Hervorhebungen durch die Autorin).

Die „sozialen Determinanten der gesundheitlichen Ungleichheit“ werden von Solar und Irwin (2007) dagegen wie folgt beschrieben:

“(...) context and structural determinants constitute the ‘*social determinants of health inequities*’. We began this study by asking the question of where health inequities come from. The answer to that question lies here. The structural mechanisms that shape social hierarchies according to these key stratifiers are the root cause of inequities in health.” (Solar & Irwin 2007, S. 34, Hervorhebungen durch die Autorin).

Die enge Verbindung des sozial-politischen Kontextes und den sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit („structural determinants“ in Anlehnung an die Definition von Solar & Irwin 2007, 2010) ist nicht von der Hand zu weisen. Das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit der CSDH-Kommission der WHO fasst die strukturellen Determinanten der Gesundheit als solche Faktoren, die die Stratifizierung der Gesellschaft generieren bzw. verstärken, folgendermaßen zusammen:

„(...) Structural determinants present themselves in a specific political and historical context. It is not possible to analyze the impact of structural determinants on health inequities, nor to assess policy and intervention options, if contextual aspects are not included.“ (Solar & Irwin 2007, S. 32)

Die Schlüsselemente des Kontextes beinhalten im CSDH-Konzept: a) Politische Regierungsmuster und wohlfahrtsstaatliche Traditionen, b) die makro-ökonomische Politik, c) sozialpolitische Aspekte und d) die Politik in anderen Bereichen. In diesem Zusammenhang fungieren die kontextuellen Determinanten im Bereich der Bildungs-, Arbeitsmarkt- und sozialen Sicherungspolitik *„as modifiers or buffers influencing the effects of socioeconomic position on health outcomes and wellbeing among social groups“* (Solar & Irwin 2007, S. 32).

Neben dem ökonomischen und politischen Kontext spielt auch die Chancengleichheit und soziale Absicherung von Bedürftigen eine zentrale Rolle für

„the protection and promotion of the economic and social well-being of its citizens (...), equality of opportunity, equitable distribution of wealth and public responsibility for those unable to avail themselves of the minimal provisions for a good life“ (Solar & Irwin 2007, S. 22).

Im Zentrum des CSDH-Ansatzes steht weiterhin die Frage *“how social contexts create social stratification and assign individuals to different social positions?”* (Solar & Irwin 2007, S. 19). Auf diesen Aspekt geht das nun folgende Kapitel ein.

### **1.3 Soziale Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit**

Die WHO-Charta zu “Health for All” (HFA) bildete in den späten 1970er und 1980er Jahren den Grundstein für das Konzept der „sozialen Determinanten der Gesundheit“. Seither wurden zahlreiche Modelle entwickelt, die der Frage nachgingen, welche Bedingungsfaktoren entscheidend für die gesundheitlichen Unterschiede und gesundheitlichen Ungleichheiten sind und welche Wirkungspfade ermittelt werden können, um diese Unterschiede und Ungleichheiten in der Gesundheit zu erklären (Dahlgren & Whitehead 1991, Brunner & Marmot 1999, Hertzman 1999, Najman 2001, Diderichsen et al. 2001).

Obwohl sich diese Modelle im Design und der Komplexität stark voneinander unterscheiden, so ist ihnen doch gemeinsam, dass die Gesundheit am Ende des Erklärungspfades als zu erklärende Zielgröße verwendet wird, das durch zahlreiche Einflussfaktoren erklärt werden soll (siehe Abbildung 1).

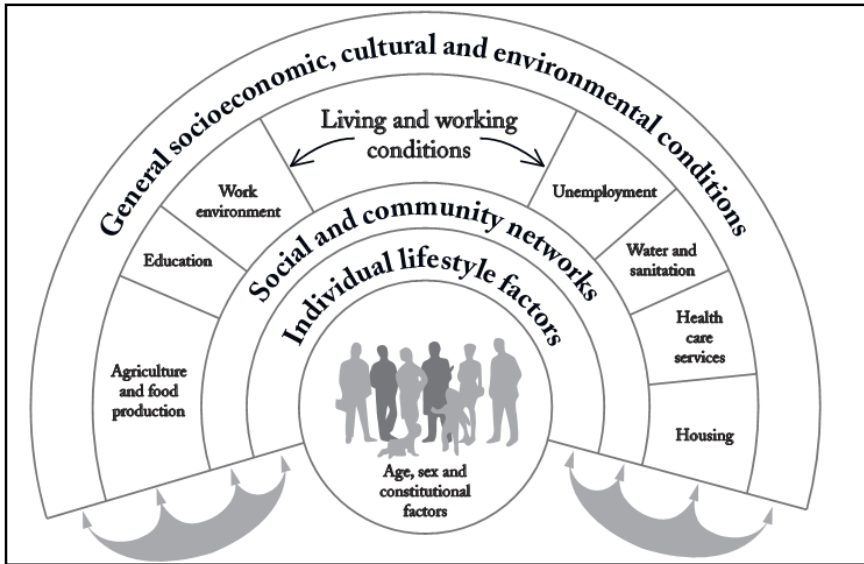


Abbildung 1: Modell der sozialen Determinanten der Gesundheit (Quelle: ursprünglich Dahlgren & Whitehead 1991, Abbildung übernommen von Dahlgren & Whitehead 2007, S. 20)

Dieses Modell stellt die Determinanten der Gesundheit dar, welche sich aus weit entfernten, „*distalen*“ Faktoren des Schichtungsgefüges einer Gesellschaft zusammensetzen und als „*general socioeconomic, cultural, and environmental conditions, social structure, social context, and social, economic, and cultural characteristics of a society*“ betitelt werden (Dahlgren & Whitehead 1991, Brunner & Marmot 1999, Diderichsen 1998, Najman 2001, Graham 2004, Mackenbach 2012). An diesen äußeren Ring der sozialen Kontextfaktoren, schließen sich die sogenannten „*intermediate determinants*“ an, welche Bezug auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die sozialen Netzwerkfaktoren nehmen (Graham 2004, S. 106). Die individuellen verhaltensbezogenen und zuletzt individuellen soziodemografischen Determinanten der Gesundheit (wie Alter, Geschlecht, genetische Prädisposition, etc.) befinden sich in den beiden innersten Kreislagen und gehören zu den „*proximalen*“ Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit.

## Soziale Determinanten der sozial bedingten Ungleichheit in der Gesundheit

Das zentrale Verbindungsstück zwischen dem Konzept der sozialen Determinanten und der sozialen Determinanten der Ungleichheiten in der Gesundheit stellt die soziale Schicht bzw. der soziale Status der Individuen dar<sup>1</sup> (Blane 1995, Link & Phelan 1995, Lynch & Kaplan 2000, Najman 2001, Diderichsen et al. 2001, Graham 2004, Solar & Irwin 2007, 2010). Graham (2004) definiert die sozial bedingten Unterschiede in der Gesundheit folgendermaßen:

“Health inequities and health disparities are the preferred terms. What they all capture are the systematic differences in the health of groups and communities occupying unequal positions in society.” (ebd., S. 101)

Die zentralen Argumente für diese Postulierung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht stellt bereits ein soziales Ungleichheitsphänomen als Teil der sozialen Schichtungsstruktur einer Gesellschaft dar. Denn der soziale Status wird durch das gesellschaftliche Hierarchiegefüge bedingt und erhalten (Graham 2004, S. 111, Esping-Andersen 1990, 1999). Beispielsweise ist auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht zurückzuführen, ob dieses Individuum als benachteiligt oder als privilegiert zu betrachten ist in Relation zu anderen Individuen, welche einen höheren bzw. niedrigeren Status innehaben. Da der Sozialstatus, den Individuen entweder durch ihr familiäres Umfeld zugeschrieben bekommen oder sich im Lebensverlauf zu eigen machen, ungleich zwischen sozialen Statusgruppen verteilt ist, gestaltet sich auch die Verteilung und der Zugang zu gesellschaftlichen und infrastrukturellen Ressourcen ungleich (Link & Phelan 1995, Hertzman 1999, Graham 2004, 2007, Starfield 2006, 2007, Phelan, Link & Tehranifar 2010).

Link und Phelan (1996) sehen den sozialen Status und die Lebensbedingungen, in denen die Individuen leben, daher in ihrer Theorie der „fundamental causes of disease“ als die „fundamentale Determinante“ der Gesundheit (ebd., S. 472). „A *fundamental cause* involves access to resources; resources that can help individuals avoid diseases and their negative consequences through a variety of mechanisms“ (Link & Phelan 1995, S. 81). Die Begründung liegt darin,

---

<sup>1</sup> Die sozialen Determinanten der Gesundheit sind damit ganz klar von jenen der sozial bedingten Disparitäten in der Gesundheit zu unterscheiden: „*the determinants of inequities in health may be different from the social determinants of health for the whole population – that is, the most important determinants of health may differ for different socioeconomic groups*“ (Dahlgren & Whitehead 2007, S. 24).

dass die Gesundheit über den Lebenslauf hinweg durch den sozialen Status bestimmt wird: „*Fundamental social causes affect multiple disease outcomes through multiple mechanisms and (...) maintain an association with disease even when the intervening mechanisms change*” (Link & Phelan 1995, S. 80). In der Konsequenz sind Individuen

„who command most resources are best able to avoid risks, diseases and the consequences of disease. Thus no matter what the current profile of diseases and known risks happens to be, those who are best positioned with regard to important social and economic resources will be less afflicted by disease” (Link & Phelan 1995, S. 87).

Besser gestellte Bevölkerungsgruppen haben demnach einen besseren und privilegierten Zugang zu sozialen oder ökonomischen Ressourcen sowie zu gesundheitszuträglicheren Lebensumwelten (Graham 2004, 2007).<sup>2</sup>

Das folgende Kapitel bietet eine Übersicht zu bisherigen Forschungsarbeiten, welche sich mit makro-strukturellen Determinanten der Gesundheit und sozial bedingten Ungleichheit befassen haben. Diese Studien berücksichtigen zumeist sozialpolitische und makroökonomische Merkmale oder nahmen Vergleiche zwischen Wohlfahrtsstaaten hinsichtlich der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit für das Erwachsenenalter als auch für das Jugendalter vor.

---

2 Die „fundamentalen Determinanten“ der Gesundheit („fundamental causes“) sind jedoch nicht ausschließlich auf den sozioökonomischen Status beschränkt, sondern spiegeln sich auch in weiteren sozio-demografischen Merkmalen wider, die mit einem ungleichen Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen und einer ungleichen Exposition mit gesundheitsabträglichen Merkmalen der sozialen Lebensumwelten assoziiert sind (Link & Phelan 1995, Graham 2007). Hierunter zählen bspw. der ethnische Hintergrund oder auch das Geschlecht, die als Ursachen einer sozial ungleichen Verteilung der Gesundheit gelten können und sich im Bereich der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten verorten lassen (Krieger 2009).

Bildungssystem, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche  
Ungleichheit

Ein internationaler Vergleich für das Jugendalter

Rathmann, K.

2015, XXVIII, 357 S. 43 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-10052-0