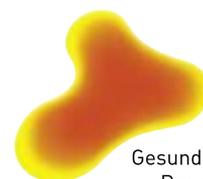


Gesundheitsbezogene Chancengleichheit

mit Blick auf
«Psychische Gesundheit – Stress»
und «Gesundes Körpergewicht»

Grundlagendokument im Auftrag von
Gesundheitsförderung Schweiz



Danksagung

Für die hilfreichen Kommentare und Ideen möchten wir uns bei den MitarbeiterInnen von Gesundheitsförderung Schweiz herzlich bedanken. Ein ganz besonderer Dank geht dabei an Frau Dr. Brigitte Ruckstuhl, die das Projekt begleitet und mit vielen konstruktiven Kommentaren unterstützt hat.

Namentlich danken möchten wir auch Frau Doris Summermatter für die genaue Lektüre der Schlussfassung und Frau Dr. Ursel Broesskamp-Stone für die zahlreichen Hinweise auf andere Studien und Projekte.

Impressum

Autoren Markus Lamprecht, Claudia König, Hanspeter Stamm, L&S Sozialforschung und Beratung AG

Herausgeber	Gesundheitsförderung Schweiz	Promotion Santé Suisse
	Dufourstrasse 30	Avenue de la Gare 52
	Postfach 311	Case postale 670
	CH-3000 Bern 6	CH-1001 Lausanne
	Tel. +41 (0)31 350 04 04	Tél. +41 (0)21 345 15 15
	Fax +41 (0)31 368 17 00	Fax +41 (0)21 345 15 45
office.bern@promotionsante.ch	office@promotionsante.ch	
www.gesundheitsfoerderung.ch	www.promotionsante.ch	

Vorwort

LANGFRISTIGE STRATEGIE VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ

Gesundheitsförderung Schweiz engagiert sich als nationale Organisation auf der Basis des Artikels 19 KVG (Krankenversicherungsgesetz) für Massnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Notwendigkeit und das Potenzial von Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen wird von Entscheidungsträgern in Politik, Wirtschaft und Medizin anerkannt. Die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen liegen aus bevölkerungsbezogener Sicht in den wachsenden psychischen Belastungen und den Folgen des vom Wohlstand geprägten Lebensstils, der immer weniger körperliche Aktivität erfordert und zu Fehlernährung führt.

Seit 1998 ist die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz aktiv. Aufbauend auf ihren Erfahrungen und Kompetenzen wird sich Gesundheitsförderung Schweiz künftig auf drei Kernthemen fokussieren: «Gesundheitsförderung und Prävention stärken», «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress». Diese drei Kernthemen werden durch zwei Querschnittsthemen «Gesundheitsbezogene Chancengleichheit» und «Ökonomische Evaluation» ergänzt.

Der vorliegende Bericht beinhaltet die wissenschaftlichen Grundlagen zum Querschnittsthema «Gesundheitsbezogene Chancengleichheit».

Dieser Bericht erweitert den fachlich-wissenschaftlichen Fundus und stellt die notwendigen Grundlagen zur Verfügung, um gemeinsame Fortschritte in der Gesundheit der Bevölkerung zu erzielen.

Januar 2006
Gemeinsam Chancen schaffen
Gesundheitsförderung Schweiz

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Das Wichtigste in Kürze	7
1. Einleitung	11
2. Soziale Ungleichheit	13
2.1 Was ist soziale Ungleichheit?.....	13
2.2 Die klassischen Schichtindikatoren: Bildung – Beruf – Einkommen	14
2.3 Die Kritik am Schichtmodell	16
2.4 Neue Konzepte zur Beschreibung und Erklärung von Ungleichheit	18
2.5 Folgerungen für die Untersuchung von sozialer Ungleichheit und Gesundheit	20
3. Chancengleichheit	25
3.1 Was ist Chancengleichheit?	25
3.2 Chancengleichheit im Bildungssystem	26
3.3 Chancengleichheit im Gesundheitssystem	28
4. Soziale Ungleichheit und Gesundheit	31
4.1 Empirische Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit	31
4.2 Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit: ein Erklärungsmodell	32
5. Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit – Stress	37
5.1 Begriffsbestimmung und Erklärungsansätze	37
5.2 Befunde aus der Schweiz	38
5.3 Allgemeine Befunde	40

6. Soziale Ungleichheit und gesundes Körpergewicht	45
6.1 Allgemeine Befunde	45
6.2 Befunde aus der Schweiz	46
6.3 Gründe für die schichtspezifische Verteilung von gesundem Körpergewicht	48
7. Interventionen: Ansatzpunkte und mögliche Partner	51
7.1 Problemstellung und Ansatzpunkte	51
7.2 Nationale (Austausch-)Partner	52
7.3 Internationale (Austausch-)Partner	53
8. Interventionsansätze mit Blick auf psychische Gesundheit – Stress	55
8.1 Interventionsansätze auf individueller Ebene	55
8.2 Interventionsansätze auf gesamtgesellschaftlicher Ebene	56
9. Interventionsansätze bezüglich gesundes Körpergewicht	59
9.1 Interventionsansätze auf individueller Ebene	59
9.2 Interventionsansätze auf gesamtgesellschaftlicher Ebene	59
10. Erfolgskontrolle und Evaluationen	61
10.1 Problemstellung und Ansatzpunkte	61
10.2 Konsequenzen: Vorschläge für eine praxisorientierte Erfolgskontrolle	62
11. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	65
12. Literaturverzeichnis	69

Das Wichtigste in Kürze

Was ist soziale Ungleichheit? Wie misst man Ungleichheit? Wie wirkt sie sich aus?

In der Konsum- und Wohlstandsgesellschaft ist soziale Ungleichheit zwar nicht verschwunden, sie ist aber unübersichtlich und dynamisch geworden. Ein allgemein anerkanntes Modell zur Erfassung und Messung sozialer Ungleichheit existiert heute nicht mehr.

Soziale Ungleichheit bemisst sich nicht einfach am Einkommen, sondern bezeichnet ein mehrdimensionales Gefüge sozialer Unterversorgung und Benachteiligung. Wesentliche Merkmale sind neben den klassischen Schichtindikatoren Bildung, Beruf und Einkommen, auch die Erwerbsbeteiligung (Arbeitslosigkeit), das Geschlecht, das Alter, die soziale Herkunft und die Migrationserfahrung sowie die Lebenssituation (z.B. alleinerziehend) und die Einbettung in soziale Netzwerke. Die soziale Lage ergibt sich aus der Kombination der verschiedenen Merkmale. Für die soziale Verortung einer Person ist wichtig, inwieweit es zu einer Kumulation von Benachteiligungen kommt (z.B. arbeitslose Migrantin aus der Unterschicht mit tiefer Bildung) und wie lange jemand unter belastenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen leben muss.

Auch wenn es in der heutigen Gesellschaft eine Vielzahl von Optionen und Wahlmöglichkeiten gibt, prägt die soziale Lage nach wie vor die Lebenschancen, die Lebensbedingungen und die Handlungsmöglichkeiten der Gesellschaftsmitglieder und findet ihren Niederschlag in einer mehr oder weniger vorteilhaften Wohn-, Arbeits- oder Lebenssituation.

Was ist gesundheitsbezogene Chancengleichheit?

Chancengleichheit bezeichnet sowohl ein Wettbewerbsprinzip als auch ein Grundrecht. Chancengleichheit postuliert das Recht auf eine faire und gerechte Verteilung von Gütern und Lebenschancen. Niemand darf aufgrund von zugeschriebenen Merkmalen (wie Geschlecht, Alter, Hautfarbe) oder aufgrund seines sozialen Status (Bildung, Beruf, Einkommen) diskriminiert werden. Gesundheitsbezogene Chancengleichheit bedeutet, dass alle Menschen die gleichen gesellschaftlichen Möglichkeiten haben sollen, ein langes und gesundes Leben zu führen. Gesundheitliche Ungleichheit, die sich aus den sozialen Merkmalen einer Person ergibt, ist ein Verstoss gegen das Chancengleichheitspostulat.

Wie wirkt sich die soziale Ungleichheit auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aus? Was ist gesundheitliche Ungleichheit?

Auch in hochentwickelten Gesellschaften wie der Schweiz erkranken Personen in tieferen sozialen Lagen häufiger als besser gestellte Personen, und sie leben auch weniger lange als diese. Je höher man auf der sozialen Leiter steht, desto grösser ist die Chance auf ein langes, behinderungsfreies Leben.

Eine ungünstige soziale Position und die Kumulation von verschiedenen Benachteiligungen beeinträchtigen nachweislich die körperliche und psychische Gesundheit. Diese Beeinträchtigung geschieht sowohl direkt als auch indirekt über unterschiedliche Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie über unterschiedliche Handlungsorientierungen und Bewältigungsstrategien. Die unterschiedlichen Lebensbedingungen und Handlungsmöglichkeiten tragen dazu bei, dass Personen in tieferen sozialen Lagen sich häufiger durch ein geringeres Gesundheitsbewusstsein und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auszeichnen. Letzteres zeigt sich darin, dass sie beispielsweise weniger auf ihre Ernährung achten und häufiger übergewichtig sind, sich weniger bewegen oder vermehrt rauchen. Auch der Zugang zum Gesundheitssystem ist nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich: Unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit sowie mangelndes Wissen und das Fehlen von spezifischen, niederschweligen Angeboten führen dazu, dass im Gesundheitswesen nicht alle Menschen gleich erreicht werden.

Wie hängt soziale Ungleichheit mit «Psychischer Gesundheit – Stress» zusammen?

Stressbelastungen und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Konsequenzen sind nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich verbreitet. Personen in tiefen sozialen Lagen sind nicht nur häufiger von Stress betroffen, sie verfügen auch über weniger Ressourcen für eine positive Stressbewältigung.

Die Faktoren, die sich besonders stark auf die Betroffenheit und die Bewältigung von Stress auswirken, sind in den allgemeinen Ungleichheitsmerkmalen wie dem sozioökonomischen Status (wenig Bildung, tiefer Berufsstatus, prekäre Einkommensverhältnisse), dem Geschlecht, dem Alter oder dem Migrationshintergrund zu suchen. Sie liegen aber auch in den damit zusammenhängenden, mehr oder weniger sicheren und gesunden Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen, die sich in verschiedenen Formen der sozialen, kulturellen, arbeitsmarktlichen oder schulischen Integration und der persönlichen Wertschätzung sowie in unterschiedlichen Partizipations- und Einflussmöglichkeiten zeigen.

Wie hängt soziale Ungleichheit mit «gesundem Körpergewicht» zusammen?

In der Schweiz wie in anderen hochindustrialisierten Ländern haben Übergewicht und Adipositas in den letzten Jahren stark zugenommen. Dies gilt sowohl für die erwachsene Bevölkerung als auch für Kinder und Jugendliche. Während Körperfülle in Knappheitsgesellschaften ein Privileg der Reichen war, betrifft Übergewicht in der modernen Wohlstands- und Konsumgesellschaft vor allem sozial schlechter gestellte Personen.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Position und gesundem Körpergewicht erklärt sich aus einem unterschiedlichem Ernährungs- und Bewegungsverhalten, aber auch aus strukturellen Faktoren wie der schlechteren Verfügbarkeit und den höheren Kosten von gesunder Ernährung. Eine gesunde Ernährung erfordert mehr finanzielle und zeitliche Ressourcen.

Übergewicht ist nicht nur ein gesundheitliches Risiko, es wird mehr und mehr auch zu einem sozialen Stigma, an dem sich neue Diskriminierungen festmachen lassen.

**Wie lässt sich gesundheitliche Ungleichheit reduzieren und mehr Chancengleichheit schaffen?
Wer tut was?**

Sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene fehlen umfassende Konzepte oder Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Aufgrund der Komplexität des Themas sind die Empfehlungen für konkrete Interventionen relativ abstrakt und unverbindlich formuliert. Als besonders Erfolg versprechend gelten Settingansätze, die Veränderungen in konkreten Lebensbereichen wie Schule, Arbeitsplatz, Wohnraum, Familie anstreben und dabei auch kritische Lebensphasen und Lebensübergänge problematisieren.

Auf internationaler Ebene beginnt man sich zumindest über die prinzipiellen Zielsetzungen einig zu werden, und in den letzten Jahren entstanden auch Organisationen und Netzwerke, die sich vordringlich mit gesundheitsbezogener Chancengleichheit befassen. Auf nationaler Ebene kann dagegen noch kein entsprechender Akteur ausgemacht werden. Was es in der Schweiz gibt, sind einerseits Organisationen im Gesundheitsbereich, die sich auch für soziale Ungleichheit interessieren, andererseits soziale Organisationen, die sich auch mit Gesundheitsfragen beschäftigen.

Welche Interventionsansätze gibt es im Bereich «Psychische Gesundheit – Stress»?

Interventionsansätze im Bereich «Psychische Gesundheit – Stress» können sowohl bei der Stressbewältigung als auch bei den Schutzfaktoren ansetzen. Mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit sind die Interventionen auf die Förderung der Stressbewältigungskompetenz und die Unterstützung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen sowie auf die Veränderung von krankmachenden Umweltbedingungen (möglichst stressfreie Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen) gerichtet.

Selbst auf internationaler Ebene konnten keine evaluierten Projekte gefunden werden, die mit Blick auf die psychische Gesundheit zu einem nachweisbaren Abbau von sozialer Ungleichheit geführt hätten.

Welche Interventionsansätze gibt es im Bereich «Gesundes Körpergewicht»?

Trotz verschiedener Aktivitäten und Massnahmen auf nationaler und internationaler Ebene konnte die Wirksamkeit von Interventionen zur Verhinderung von Übergewicht bisher nicht ausreichend belegt werden. Gezielte und längerfristige Massnahmen, die im Bereich «Gesundes Körpergewicht» für Chancengleichheit sorgen sollen, sind ohnehin noch kaum durchgeführt worden.

Einigkeit besteht darüber, dass Massnahmen zur Vorbeugung des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen prioritär sein sollen, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Milieus besondere Aufmerksamkeit verdienen. Massnahmen sollen aber nicht nur auf die einzelne Person zielen, sondern vor allem auch ihr Umfeld einbeziehen und längerfristig ausgerichtet sein. Mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit erscheinen Interventionen, die auf die Verfügbarkeit, die Preisgestaltung und die Anpreisung von Nahrungsmitteln gerichtet sind, als besonders Erfolg versprechend.

Wie lassen sich Massnahmen zur Schaffung von mehr gesundheitsbezogener Chancengleichheit evaluieren?

Der Forderung, dass die Massnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit auch wissenschaftlich evaluiert werden sollen, kann zwar grundsätzlich zugestimmt werden. Ihre praktische Umsetzung erscheint aber nahezu unmöglich und entsprechend finden sich in der internationalen Literatur zwar Vorgaben zum Studiendesign aber keine konkreten Beispiele.

Zukünftige Schweizer Projekte sollten sich bei der Evaluation an die Vorgaben von Quintessenz halten, die mit Blick auf die gesundheitsbezogene Chancengleichheit noch erweitert werden können.

Welche Konsequenzen lassen sich für die Gesundheitsförderung ziehen?

- Im Einklang mit der Ottawa-Charta ist die Gesundheitsförderung dem Postulat der Chancengleichheit verpflichtet und setzt sich für einen Abbau gesundheitlicher Ungleichheit ein.
- Eine allgemeine und erfolgreiche Strategie zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit und zur Schaffung von mehr Chancengleichheit existiert weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene.
- Mit Blick auf die gesundheitsbezogene Chancengleichheit ist den folgenden Determinanten und ihren spezifischen Verknüpfungen besondere Aufmerksamkeit zu schenken: sozioökonomischer Status (Bildung, Beruf, Einkommen), Erwerbsbeteiligung (Arbeitslosigkeit), Geschlecht, Alter, soziale Herkunft, Migrationserfahrung sowie die Lebenssituation (z.B. alleinerziehend) und Einbettung in soziale Netzwerke.

- Bei Interventionen sind die Ursachenketten zu berücksichtigen sowie die strukturellen Bedingungen und spezifischen Lebenssituationen zu beachten. Dabei hilft die Definition von eindeutigen Zielgruppen.
- Soziale Ungleichheit und die Frage nach Chancengleichheit sind allgegenwärtig und durchziehen sämtliche Lebensbereiche. Sie müssen bei jeder Intervention, bei jedem Projekt bedacht und berücksichtigt werden.
- Die Wirksamkeit von Aufrufen zur Veränderung des individuellen Verhaltens ist mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit umstritten. Die Massnahmen müssen vermehrt auf die Veränderung der Umweltbedingungen zielen, so dass gesündere Verhaltenweisen ermöglicht werden.
- Auch in der Gesundheitsförderung werden Normen und Regeln geschaffen, welche die Grundlage für neue Diskriminierungen bilden können. Übergewicht beispielsweise ist nicht nur ein gesundheitlicher Risikofaktor, sondern in einer gesundheits- und fitnessbewussten Gesellschaft mehr und mehr auch ein soziales Stigma.
- Da sich ein Grossteil der gesundheitlichen Ungleichheit durch die Unterschiede in den Lebensbedingungen erklären lässt, sind zielgerichtete politische Massnahmen auf die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen zu richten. Gesundheitspolitische Akteure sind diesbezüglich vermehrt in die Pflicht zu nehmen.
- Eine klare Partnerschaft zu Fragen gesundheitlicher Ungleichheit und Chancengleichheit bietet sich in der Schweiz nicht an, da ein entsprechender Akteur fehlt. Es soll überprüft werden wie in den bestehenden nationalen Partnerschaften vermehrt «Chancengleichheit» thematisiert werden kann. Zudem wird eine Beteiligung an internationalen Netzwerken empfohlen.
- Die Effekte von Massnahmen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit lassen sich nur schwer und mit grossem Aufwand nachweisen. Es müssen einfache Zielsetzungen für klar umrissenen Zielgruppen in ausgewählten Settings definiert werden, die einfach überprüft werden können.

1. Einleitung

Seit 1998 engagiert sich Gesundheitsförderung Schweiz auf der Basis von Artikel 19 des Krankenversicherungsgesetzes für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen auf nationaler Ebene. Aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen beabsichtigt Gesundheitsförderung Schweiz für kommende Projekte und Interventionen eine Fokussierung auf bestimmte Themenbereiche. Zukünftig will man sich auf die drei Kernthemen «Gesundheitsförderung und Prävention stärken», «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress» konzentrieren. Die drei Kernthemen werden durch die beiden Themen «ökonomische Evaluation» und «gesundheitsbezogene Chancengleichheit» ergänzt. Zu allen fünf Bereichen wurden über die letzten Monate Grundlegendokumente erarbeitet, an denen sich die zukünftigen Strategien und Interventionen orientieren sollen. Das vorliegende Dokument befasst sich mit dem Zusammenhang von Chancengleichheit und Gesundheit, wobei bei der Gesundheit die Themen «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress» im Vordergrund stehen.

In einem ersten Schritt soll zunächst geklärt werden, was unter sozialer Ungleichheit verstanden wird und wie Ungleichheit erfasst werden kann (Kapitel 2). Darauf aufbauend wird etwas näher auf den Begriff Chancengleichheit eingegangen und dabei dargelegt, was schulische und gesundheitliche Chancengleichheit genau bedeuten (Kapitel 3). In Kapitel 4 wird der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit erläutert und anhand eines Erklärungsmodells nach Ursachen und Wirkungen gefragt.

Kapitel 5 befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und psychischer Gesundheit – Stress und stellt die wichtigsten schweizerischen und internationalen Befunde dar. Ein analoges Vorgehen haben wir auch für die Darstellung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und gesundem Körpergewicht gewählt (Kapitel 6). In Kapitel 7 geht es um konkrete Interventionen, wobei zunächst einige allgemeine Probleme und Ansatzpunkte diskutiert werden, um daran anschliessend auf mögliche nationale und internationale (Austausch-)Partner einzugehen. In Kapitel 8 und 9 werden verschiedene Interventionsansätze vorgestellt. Über die Probleme bei der Erfolgskontrolle gibt Kapitel 10 Auskunft, im Anschluss daran wird ein erster Vorschlag für erfolgreiche Interventionen skizziert. Abschliessend werden erste Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen formuliert.

2. Soziale Ungleichheit

2.1 WAS IST SOZIALE UNGLEICHHEIT?

Beispiele für Ungleichheiten sind schnell zur Hand. Täglich beobachten wir, wie Menschen verschieden behandelt werden und mit unterschiedlichen Chancen und Möglichkeiten konfrontiert sind. In der Zeitung lesen wir, wie der Lohn von Novartis-Chef Daniel Vasella in schwindelerregende Höhen steigt oder wie ein Fussballspieler sich seine Treue zum FC Liverpool mit 150 000 Euro pro Woche entgelten lässt. Gleichzeitig hören wir, dass die Verhandlungen zur Festlegung eines Mindestlohns für die Kassierinnen im Supermarkt gescheitert sind und die Zahl der «Working Poor» weiter wächst. Wir staunen, wie es einer Gemeinde gelingt, den Steuerfuss zu senken und gleichzeitig ein neues Hallenbad zu bauen, während andernorts die Steuern auch ohne neue Investitionen jährlich steigen. Wir stellen fest, dass Schülerinnen und Schüler, deren Name mit einem «vic» endet, besondere Schwierigkeiten haben eine Lehrstelle zu finden, und nehmen zur Kenntnis, dass der Mieter der Dachwohnung sich eines neuen Geländewagens erfreut, während die alleinerziehende Mutter von nebenan nicht weiss, wie sie die Zahnarztrechnung ihrer Kinder bezahlen soll.

Die heutige Schweiz ist eine Gesellschaft, in der es Privilegien, Reichtum, Diskriminierung, Ausgrenzung und Armut gibt. Anhand von Beispielen lassen sich diese problemlos benennen und beschreiben. Schwieriger wird es, wenn wir nach typischen Verteilungs- und Strukturmustern oder gar nach universalistischen Prinzipien und Erklärungen fragen. Was ist eigentlich Ungleichheit? Wie entsteht sie, wie zeigt sie sich und wie lässt sie sich messen? Warum gibt und braucht es Ungleichheit und inwieweit lässt sie sich beseitigen? Diese Fragen sind in einer Vielzahl soziologischer Werke abgehandelt worden, ohne dass sich dabei einfache und eindeutige Antworten ergeben hätten.¹ Es liegt also in der Sache selbst, wenn wir diese Fragen hier nicht wirklich beantworten können. Wenn wir aber die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Ungleichheit und Gesundheit auf ein tragfähiges Fundament stellen wollen, kommen wir nicht umhin, uns zu diesen Themen einige grundsätzlichere Überlegungen zu machen.

Ungleichheiten bauen auf Unterschieden auf, aber nicht jeder Unterschied ist auch eine Ungleichheit. Frauen und Männer sind verschieden – mit Blick auf die biologischen Differenzen erkennen wir zwar Unterschiede, es sind aber (noch) keine Ungleichheiten. Wenn Frauen aber bei gleicher Arbeit weniger verdienen, ihnen erst nach Jahrzehnten ein Stimmrecht zugestanden wird, sie es nur schwer in gesellschaftliche Machtpositionen schaffen, ihre Bildungschancen geringer sind oder sie auch in Doppelverdienerhaushalten völlig selbstverständlich die Hausfrauen-Rolle übernehmen, dann verkehrt sich der «kleine» Unterschied in eine grosse Ungleichheit.²

Das Beispiel soll zeigen: Zu Ungleichheit werden Unterschiede dann, wenn man sie sozial bewertet, systematisch mit anderen Eigenschaften und Merkmalen verbindet und längerfristig unterschiedliche Lebens- und Erfolgchancen mit ihnen verknüpft (vgl. Bornschie 1991). Wenn man einmal von einem Vorgesetzten, Polizisten, Lehrer, Beamten, Verkäufer oder Mitmenschen schlecht oder «ungerecht» behandelt wurde, so hat dies nichts mit Ungleichheit zu tun. Wenn jemand dies aber (z.B. aufgrund der beruflichen Stellung, der Hautfarbe oder der Religion) immer wieder erlebt, dann handelt es sich zweifellos um eine soziale Ungleichheit. Oder anders ausgedrückt: Soziale Ungleichheit bezeichnet zeitlich stabile und systematische Formen von Privilegierungen und Diskriminierungen und nicht einzelne, zeitlich beschränkte Vor- oder Nachteile.³

¹ Zur neueren Diskussion vgl. Forst (1994), Hondrich (1984), Höffe (1977), Kellerhals, Coenen-Huther und Modak (1988), Mithaug (1996), Müller und Wegener (1995), Rawls (1975), Ritsert (1997), Roemer (1996), Schmidt (2000).

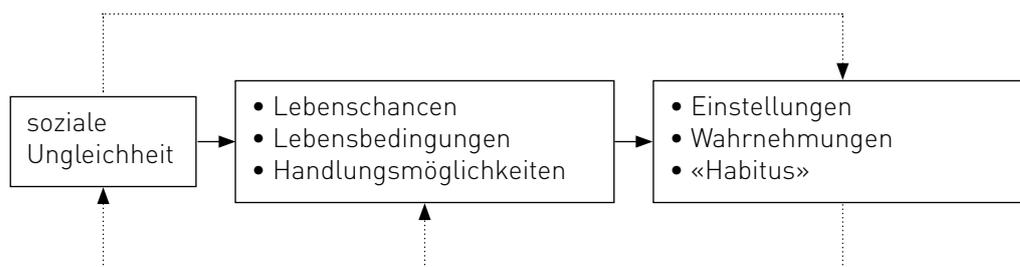
² Dazu ausführlich Cyba (2000) und Gottschall (2000).

³ Gute Übersichten über die Entwicklung und den Stand der soziologischen Ungleichheitsdiskussion finden sich u.a. bei Berger und Hradil (1990), Bornschie (1991), Müller (1992), Kreckel (1992), Bosc (1993), Lamprecht und Stamm (1994), Geissler (1996) und Burzan (2005). Mit besonderem Bezug zur Forschung in der Schweiz vgl. Levy et al. (1997), Levy und Suter (2002) und Stamm, Lamprecht und Nef 2003.

Soziale Ungleichheiten als stabile und systematische Formen der Benachteiligung haben weit reichende Konsequenzen (vgl. Abbildung 2.1). Sie prägen unsere Lebensbedingungen und definieren unsere Lebenschancen und Handlungsmöglichkeiten. Sie determinieren zwar nicht unser Handeln, sie generieren aber einen Möglichkeitsraum, an dem wir unser Handeln mehr oder weniger bewusst ausrichten. Teilweise vermittelt über die Lebensbedingungen und -chancen, teilweise aber auch direkt, beeinflussen soziale Ungleichheiten unsere Wahrnehmungen und Einstellungen. Die soziale Ungleichheit findet so ihren Niederschlag im unterschiedlichen Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschema einer Person, welches man in Anlehnung an Pierre Bourdieu (1979, 1987) als Habitus bezeichnen kann.⁴ Wenn Frauen und Männern verschiedene Fähigkeiten zugeschrieben und daraus abgeleitet unterschiedliche Aufgaben, Handlungsspielräume und Lebenschancen zugewiesen werden, dann werden Frauen und Männer ihren Vorgaben entsprechend auch anders handeln. Sie werden ihr Verhalten an ihren Möglichkeiten ausrichten, indem sie sich rollenkonform benehmen. Indem sie die Bilder von «richtigen» Männern und Frauen internalisieren, zementieren sie schliesslich die Geschlechterungleichheit.

Abbildung 2.1

Grundmodell der Ungleichheitstheorien



Zusammenfassend kann man soziale Ungleichheiten als stabile, systematische und prägende Formen von Benachteiligungen und Bevorzugungen definieren. Welches sind aber die zentralen Determinanten von Ungleichheit in der gegenwärtigen Gesellschaft? Ist es das Geschlecht, das Alter, das Einkommen, die Bildung oder der Migrationshintergrund? Und wie soll Ungleichheit konkret gemessen werden? Die Beantwortung dieser Fragen verlangt einen etwas tieferen Einblick in die soziologische Ungleichheitsforschung und ihre Modelle und Konzepte.

2.2 DIE KLASSISCHEN SCHICHTINDIKATOREN: BILDUNG – BERUF – EINKOMMEN

Über Jahrzehnte war soziale Schichtung *das* Modell zur Beschreibung und Erklärung von sozialer Ungleichheit. Unabhängig davon, ob man nun von einem einfachen Dreischichtenmodell (mit Unter-, Mittel- und Oberschicht) ausging oder das Modell weiter ausbaute und differenzierte, war man sich grundsätzlich darin einig, dass sich die Bevölkerung in verschiedene (mehr oder weniger homogene) Schichten unterteilen liess, die vertikal übereinander liegen.⁵ Die aus der Geologie entlehnte Vorstellung von übereinanderliegenden Schichten zeichnet ein einfaches und anschauliches Bild der Ungleichheitsstruktur, das sich auch ausserhalb der (soziologischen) Ungleichheitsforschung grosser Beliebtheit erfreut.

⁴ *Habitus* ist ein Schlüsselbegriff in Bourdieus Theorie, er verbindet die objektiven Lebensbedingungen mit dem manifesten Handeln von Personen (vgl. insbesondere Bourdieu 1979). Als Produkt kollektiver Geschichte und individueller Erfahrung stimmt der Habitus einer Person objektive Chancen und subjektive Aspirationen aufeinander ab und stiftet unbewusst Realitätssinn bzw. den Sinn für die eigenen Grenzen. Seinen Ausdruck findet der Habitus im Geschmack, in den Kompetenzen, der Haltung, und den Manieren einer Person.

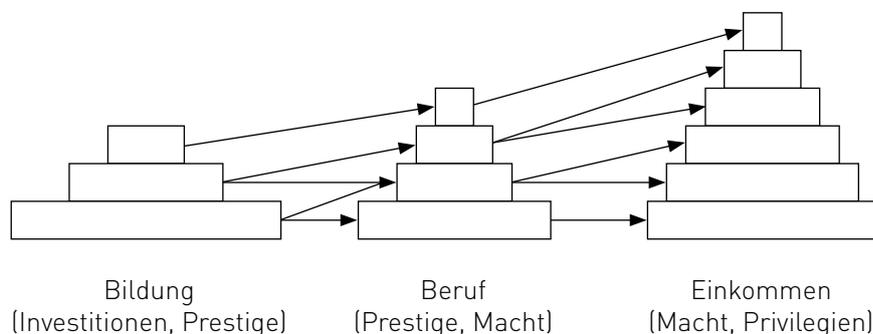
⁵ «Klassische» Beispiele sind das fünf Stufen umfassende Modell von Geiger ([1932] 1987), das sechsstufige Modell von Janowitz (1958) und das siebenstufige Modell von Moore und Kleining (1960).

Hinter der Vorstellung von übereinanderliegenden Schichten stehen bestimmte Annahmen zum Wesen und zu den Merkmalen einer Gesellschaft, auch wenn diese in vielen Fällen nicht explizit dargelegt werden und «Schicht» zeitweise zu einem reinen Statistikbegriff verkam. Das Bild der geschichteten Gesellschaften ist auf die Arbeits- und Leistungsgesellschaft bezogen. Daraus abgeleitet werden Annahmen zur Gewichtung und zum Wert von Arbeit, zum Erwerb von Status sowie zur Verteilung von Prestige und knappen Gütern. Das Schichtmodell enthält die mit dem Selbstverständnis einer Leistungsgesellschaft kongruente Vorstellung, dass höhere Investitionen und Leistungen auch entsprechend belohnt werden müssen.

Schichten und Schichtpositionen lassen sich nämlich nicht auf ein einziges Merkmal reduzieren, sondern sind das Ergebnis einer systematischen Verknüpfung unterschiedlicher Ungleichheitsdimensionen. Dabei wird zwischen Investitions- oder Prestigedimensionen (Bildung, Berufsprestige) auf der einen Seite und Macht- oder Privilegiendimensionen (Berufsposition, Einkommen) auf der anderen Seite unterschieden.⁶ Abbildung 2.2 macht deutlich, dass die verschiedenen Dimensionen eng verknüpft sind und ein hohes Bildungsniveau in aller Regel mit einem hohen Berufsstatus und einem überdurchschnittlichem Einkommen einhergeht. Bei einer solchen Konstellation spricht man von Statuskonsistenz; Statusinkonsistenz dagegen liegt dann vor, wenn man trotz hoher Bildung nur ein tiefes Einkommen bezieht (vgl. Lenski 1977). Im Zentrum der Schichtforschung steht also die meritokratische Triade von Bildung, Beruf und Einkommen, die häufig auch als *sozioökonomischer Status* bezeichnet wird und anhand derer sich die gesellschaftliche Position einer Person bestimmen lässt.

Abbildung 2.2

Grundmodell des Zusammenhangs zwischen Bildung, Beruf und Einkommen



Ganz im Sinne des in Abbildung 2.1 dargestellten Grundmodells der Ungleichheitstheorie wollen Schichtungsmodelle Gesellschaft nicht nur beschreiben, sondern auch erklären. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht sollte Erklärungen liefern für soziales Handeln, für Wertepreferenzen und Wahrnehmungsmuster (Habitus), für Erziehungsstile und politische Präferenzen aber auch für das unterschiedliche Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand. Über Jahrzehnte war Schicht die wichtigste unabhängige Variable der Soziologie.

Vergleichbare Eigenschaften besass nur das *Klassenmodell*, das in seinen ursprünglichen Versionen eine noch einfachere Klassifikation (Besitz an Produktionsmitteln versus kein Besitz an Produktionsmitteln) erlaubte, die als erklärende Variable für unterschiedliche Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster diente. Nach jahrzehntelangen Auseinandersetzungen erfolgte gegen Ende des 20. Jahrhunderts eine Annäherung zwischen der Klassen- und Schichtungsforschung. So stellte ein grosser Teil der Schichtungsforschung zunehmend die Hierarchien in der Erwerbssphäre als Scharnierstelle zwischen Investitionen und Belohnungen ins Zentrum der Betrachtung. Dagegen wurden zur Bestimmung der Klassenlagen statt der klassischen Bezugnahme auf das Verhältnis zu den Produktionsmitteln vermehrt auch

⁶ Joye und Schuler (1995) bildeten aus den Angaben zum höchsten Bildungsabschluss und den Angaben zum Beruf die Variable «sozioprofessionelle Kategorie», die in vielen Analysen des Bundesamtes für Statistik zur Anwendung kommt.

andere Machtverhältnisse thematisiert (vgl. z.B. Dahrendorf 1957, 1961) und auf die klassischen Schichtdimensionen Beruf und Bildung zurückgegriffen (vgl. z.B. Goldthorpe 1985, Bourdieu 1983, 1987, Wright 1985, 1997, Erbslöh et al. 1988, Holtmann und Strasser 1989, Sorensen 2000).

Im Gegensatz zu den Schichtmodellen beschreiben Klassenmodelle jedoch immer ein Ausbeutungsverhältnis, das heisst, die einen haben mehr auf Kosten der anderen. Aus Sicht der Schichtungstheorie dient ein bestimmtes Mass an Ungleichheit der optimalen Besetzung von Positionen und Funktionen im Hinblick auf das Überleben und Wachstum einer Gesellschaft, während es aus Sicht der Klassentheorie nur um die Erhaltung von (angestammten) Privilegien geht. Im Zentrum der Schichtungstheorie steht das Postulat der Chancengleichheit, die Klassentheorie dagegen fordert mehr Gleichheit im Ergebnis (vgl. dazu Kapitel 3).

2.3 DIE KRITIK AM SCHICHTMODELL

Das klassische Schichtmodell ist in den vergangenen dreissig Jahren zunehmend in Kritik geraten. So genannte Entstrukturierungs- und Individualisierungsprozesse sowie das Auftauchen «neuer» Ungleichheiten hätten dazu geführt, dass die Ungleichheitsstruktur in den hoch entwickelten Gesellschaften komplexer und unübersichtlicher geworden sei und die Schichtmodelle (wie auch die Klassenmodelle) an Beschreibungs- und Erklärungskraft verloren hätten.⁷ Die verschiedenen Argumente gegen das Schichtmodell können anhand von vier zentralen Entwicklungslinien zusammengefasst werden.

Von der Knappheits- zur Wohlstandsgesellschaft: «Der Fahrstuhl-Effekt»

Ein erstes Argument gegen die herkömmlichen Schichtvorstellungen bezieht sich auf die Niveauverschiebungen innerhalb einzelner Ungleichheitsdimensionen. Expansionsprozesse wie Wohlstandsanstieg, die Bildungsexpansion und der Ausbau des Sozialstaates hätten dazu geführt, dass die Leute über zunehmend mehr Einkommen, Bildung und soziale Sicherheit verfügten. Selbst wenn sich die Ungleichheitsrelationen als solche nicht abgebaut hätten, so hätte der kollektive Aufstieg *im «Fahrstuhl» der Nachkriegsgesellschaft* dazu geführt, dass die sozialen Unterschiede mittlerweile für die grosse Bevölkerungsmehrheit oberhalb der Schwelle der Existenzbedrohung lägen und damit einiges von ihrer Sprengkraft verloren hätten. Soziale Ungleichheit ist damit zwar nicht verschwunden, aber sie sei weniger relevant geworden. Im Vergleich zu früher verfügt der Grossteil der Bevölkerung heute über deutlich mehr Bildung, mehr materiellen Wohlstand und mehr soziale Sicherheit.⁸

⁷ Mit Bezug zur Schweiz finden wir Analysen zu diesen Veränderungsprozesse bei: Lalive d'Épinay et al. (1982), Bornschieer (1991, 1998), Zwicky (o.J.), Bergman, Joye und Fux (2002), Buhmann et al. (1989), Buchmann (1989), Budowski, Tillmann und Bergmann (2002), Ruschetti und Stamm (1991), Lamprecht (1991), Mäder et al. (1991), Farago und Flüglistaler (1992), Flüglistaler und Hohl (1992), Hirschler und Zwicky (1992), Buchmann et al. (1999, 2002), Lamprecht und Stamm (1994, 1996, 1999b, 2000), Stamm, Lamprecht und Nef (2003), Leu, Burri und Priester (1997), Levy et al. (1997). Ein aktueller Forschungsüberblick findet sich bei Levy und Suter (2002).

⁸ Zum so genannten «Fahrstuhl-Effekt» vergleiche man insbesondere Beck (1986), der diese Metapher für die kollektive Wohlstandszunahme geprägt hat. Wie sehr die Möglichkeitenräume seit dem Zweiten Weltkrieg gewachsen sind, wird vor allem von Schulze (1992: 19) betont, der schreibt: «Restriktionen durch Mangel an Geld, Zeit, Angebote, Beschränkungen durch Zugangsbarrieren und Informationsdefizite, Zwänge durch soziale Kontrolle und Peinlichkeitsschranken sind fast schneller zurückgegangen, als wir es verkraften konnten.»

Das Ende der Arbeitsgesellschaft und die «neuen» Ungleichheiten

Neben dem Argument, Ungleichheit hätte sich auf eine höhere Stufe verschoben und sei damit weniger sichtbar und relevant geworden, werden auch das Auftauchen von «neuen» Ungleichheiten und der Bedeutungsverlust der Erwerbsarbeit dafür verantwortlich gemacht, dass konventionelle Schichtungsmodelle mehr und mehr an der Realität vorbeizielten.⁹

Dabei wird argumentiert, die am Erwerbssystem festgemachten Schichtungsdimensionen – Bildung, Beruf und Einkommen – würden heute zunehmend um so genannte «neue» Ungleichheiten ergänzt, welche die Wirkung der herkömmlichen Dimensionen überlagern, modifizieren oder brechen.¹⁰ «Neue» soziale Ungleichheiten entstehen dadurch, dass heute vermehrt die Lebensbereiche ausserhalb des Erwerbssystems ungleichheitsrelevant werden. Daneben werden aber auch Beziehungs- und Handlungsaspekte genannt, die «neue» Ungleichheiten schafften wie beispielsweise Unterschiede in der Zeitautonomie, in der Biographie, in den sozialen Beziehungen, in der Familienform oder in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung.

Als «neue» Ungleichheiten gelten insbesondere Geschlecht, Migrationshintergrund, Alter oder auch Familienform, Kinderzahl und Wohnort. Die Beispiele zeigen auch warum «neu» in Anführungszeichen gesetzt wird – neu an diesen Ungleichheitsdimensionen ist einzig, dass sie bisher wenig beachtet wurden und von den klassischen Schichtmodellen nicht adäquat erfasst werden konnten. Da bei den «neuen» Ungleichheiten nicht ein eindeutiges Oben und Unten besteht, werden sie auch häufig (etwas missverständlich) als *horizontale Ungleichheiten* (in Gegensatz zu den *vertikalen Ungleichheiten* wie Bildung, Beruf oder Einkommen) bezeichnet. Ein vieldiskutiertes Beispiel einer «neuen» Gruppe von Benachteiligten, welche mit dem Schichtmodell nicht adäquat erfasst werden kann, wären die alleinerziehenden Mütter (vgl. Husi und Meier Kressig 1995, Suter, Budowski und Meyer 1996).

Die Entstrukturierung- und Dynamisierung von sozialer Ungleichheit

Neben den «neuen» Ungleichheiten werden für die zunehmende Unübersichtlichkeit der gegenwärtigen Ungleichheitsstruktur von verschiedenen Autoren auch *Entstrukturierungs- und Dynamisierungstendenzen* verantwortlich gemacht. Durch die Entstrukturierungs- und Dynamisierungsprozesse verliert die Vorstellung von einheitlichen Schichten oder auch Klassen aus zwei Gründen an Bedeutung.

Erstens findet man heute kaum mehr ein Gesellschaftsmitglied, das sich durchgängig oder auch nur in der überwiegenden Zahl relevanter Ungleichheitsdimensionen in den oberen bzw. mittleren oder unteren Statuspositionen befindet. Der moderne Mensch versammelt eine inkonsistente Kombination von Privilegien und Benachteiligungen auf sich, die ihn hinsichtlich bestimmter Merkmale als eher bevorzugt, hinsichtlich anderer aber als eher diskriminiert ausweisen. Der Hochschulabsolvent, der trotz hohem Bildungsstatus zu einem bescheidenen Gehalt Taxi fährt, sei heute nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel.

Zweitens führt die zunehmende soziale Mobilität zu einer Aufweichung der Schicht- und Klassengrenzen. Das heisst: Die Verweildauer in einer bestimmten Statusposition hat sich verkürzt und wird nicht mehr automatisch an die nächste Generation weiter vererbt. Die Zunahme an Statusinkonsistenz und die ver-

⁹ Viele Frauen, ältere oder jüngere Menschen lassen sich im Modell nicht verorten, weil sie keinen, noch keinen oder keinen Erwerbsstatus mehr haben. Für die Schichtungsforschung sind dies «Randgruppen», die nicht im Modell Platz finden. Von der Geschlechterforschung wurde schon früh kritisiert, dass die Ungleichheit innerhalb der Familie beispielsweise mit den herkömmlichen Kategorien nicht analysiert werden könne.

¹⁰ Zur Bedeutung und den Folgen «neuer» Ungleichheit vergleiche man insbesondere Beck (1983), Berger (1987), Berger und Hradil (1990), Georg (1998), Hradil (1987, 1997), Konietzka (1995), Kreckel (1992), Lüdtker (1989, 1995), Müller (1992), Müller-Schneider (1994, 1996), Schwenk (1999), Spellerberg (1996), Zerger (2000).

mehrte inter- und intragenerationelle Mobilität brachten eine Diversifizierung, Individualisierung und Verzeitlichung von Lebenslagen mit sich (vgl. Landecker 1981, Mayer 1990, Berger 1990, 1995).

Die Individualisierung und die Pluralisierung von Lebensstilen

Unter Individualisierung versteht man das Herauslösen des Einzelnen aus traditionellen Sozialbeziehungen. An die Stelle von herkömmlichen Institutionen und Sinnstiftungsinstanzen (wie Familie, Religion oder Nation) treten heute selbst gewählte und zeitlich befristete soziale Beziehungen. Individualisierung bringt mehr Freiheiten und Wahlmöglichkeiten auf Kosten von Traditionen, Routinen und Sicherheit (Beck 1986, Brose und Hildenbrand 1988, Beck und Beck-Gernsheim 1994, Junge 1996, Kron 2000, Schimank 2002). Für die Frage nach der sozialen Ungleichheit haben die Individualisierungsprozesse folgende Konsequenzen: Die Freiheiten in der individualisierten Gesellschaft sind riskant. Bastelbiographien sind auch Risikobiographien oder Drahtseilbiographien. Das Leben in der «Risikogesellschaft» ist permanent bedroht. Stets besteht die Gefahr abzustürzen: Der falsche Beruf, die falsche Branche oder eine private Unglücksspirale von Scheidung, Krankheit und Wohnungsverlust können zum Absturz führen. Beck (1986) vertritt die Meinung, dass diese Gefahr heute unabhängig von der Schichtzugehörigkeit über allen schwebt.

Individualisierung führt aber nicht nur zu einer schichtunabhängigen Dauergefährdung, Individualisierung wird jeweils auch als Hauptargument angeführt, weshalb sich relativ stabile und kohärente Grossgruppen wie Schichten und Klassen aufgelöst haben, und es heute zunehmend schwieriger geworden ist, von der sozialen Lage auf das Bewusstsein (den Habitus) und das Handeln von Personen zu schliessen (vgl. Abbildung 2.1). Die Klassen- und Schichtzugehörigkeit wird ersetzt durch den individualisierten und selbstgewählten Lebensstil.

2.4 NEUE KONZEPTE ZUR BESCHREIBUNG UND ERKLÄRUNG VON UNGLEICHHEIT

Als Antwort auf die genannten Veränderungen sind in den letzten zwanzig Jahren verschiedene Neuansätze zur Erfassung von sozialer Ungleichheit entstanden, von denen hier die wichtigsten kurz skizziert werden sollen.

Zentrum – Peripherie

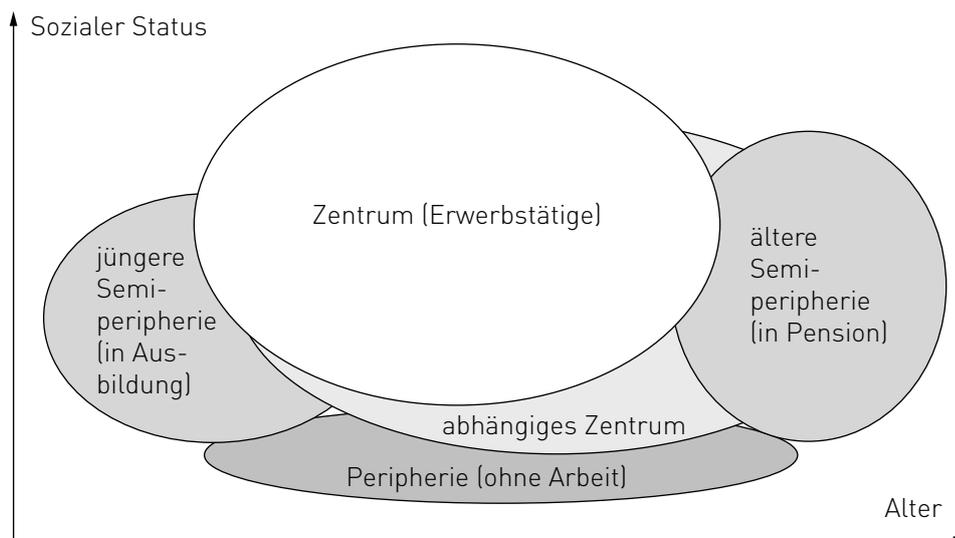
Als neue Metapher, die das alte Bild von den übereinanderliegenden Schichten ersetzen soll, wird in verschiedenen Ansätzen auf das Begriffspaar Zentrum – Peripherie zurückgegriffen (vgl. Kreckel 1992, Lalive d'Épinay et al. 1982, Bornschie 1991, Bornschie und Keller 1994, Lamprecht und Stamm 1999b, Stamm und Lamprecht 2005). Das aus der Weltsystemanalyse (Erste Welt als Zentrum gegenüber Dritter Welt als Peripherie) entlehnte Begriffspaar konzipiert die moderne Ungleichheitsstruktur als mehrdimensionalen Raum, in dem sich vielfältige und ambivalente Interessenslagen und Konfliktlinien überlagern. Bevorzugungen und Benachteiligungen werden als verschiedene Formen der Integration bzw. der sozialen Ausgrenzung gesehen.

In dem in Abbildung 2.3 dargestellten Zentrum-Peripherie-Modell werden Erwerbstätigkeit als zentrale Dimension identifiziert und die ökonomisch aktiven Personen als «Zentrum» definiert. Darum herum gruppieren sich vier verschiedene Lagen, die durch eine mehr oder weniger enge Beziehung zum Zentrum charakterisiert sind: das «abhängige Zentrum» mit den Hausfrauen und -männern, die noch nicht erwerbstätigen Schüler/innen und Studierenden der «jüngeren Semiperipherie», die nicht mehr erwerbstätigen Rentner/innen der «älteren Semiperipherie» sowie die Arbeitslosen und Ausgesteuerten der

«echten Peripherie». Im Gegensatz zum Schichtmodell lassen sich im Zentrum-Peripherie-Modell auch Personen verorten, die keiner Berufstätigkeit nachgehen und kein Erwerbseinkommen beziehen.

Abbildung 2.3

Beispiel für ein Zentrum-Peripherie-Modell



Quelle: Stamm, Lamprecht und Nef 2003 sowie Stamm und Lamprecht 2005.

Soziale Lagen

Anstelle von sozialer Schicht wird heute oft von sozialer Lage gesprochen.¹¹ Der Vorteil des Konzeptes besteht darin, dass soziale Lagen im Gegensatz zu sozialen Schichten auch inkonsistente Verknüpfungen von Statusdimensionen erfassen können (vgl. auch Hradil 1987 und Schwenk 1997, Lamprecht und Stamm 1999b). Das Konzept erweist sich auch insofern als flexibler, als es auch «neue» Ungleichheiten aufzunehmen vermag, die von den Schichtmodellen aus der Analyse ausgeklammert wurden. Das Konzept der sozialen Lagen hat also den Vorteil, dass es Individuen genauer zu verorten und konkrete Lebensbedingungen detaillierter zu beschreiben vermag. Im Gegensatz zum Schichtmodell verzichtet es dabei aber auf eine gesellschaftliche Analyse von Strukturierung. Das heißt: Das Modell hat deskriptiv viele Vorteile, es ist aber nur sehr bedingt erklärend.

Milieus und Lebensstilgruppen

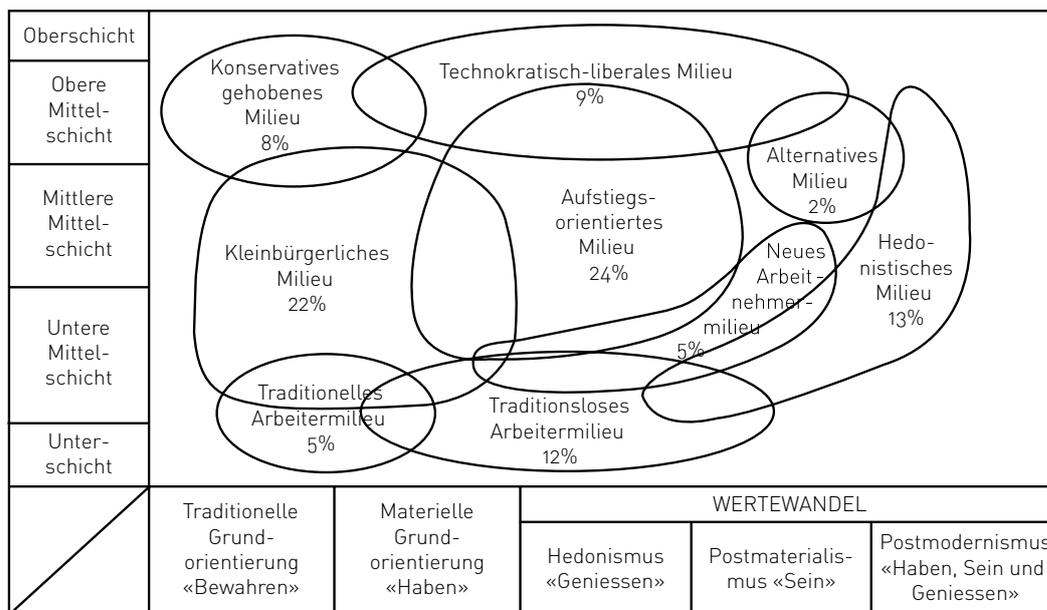
Aufgrund einer erweiterten Sichtweise der gegenwärtigen Ungleichheitsstruktur mittels Zentrum-Peripherie-Modellen oder dem Konzept der sozialen Lagen können zwar präzisere Aussagen über Lebensbedingungen und Lebenschancen sowie objektive Konfliktlagen gewonnen werden, das Problem der nachlassenden alltagspraktischen Relevanz von sozialen Lagen lässt sich dadurch allerdings kaum lösen. Dem Problem, dass aufgrund der strukturellen Verortung nur noch vage Aussagen über das Bewusstsein und das Handeln von Personen gemacht werden können, ist damit nur bedingt beizukommen.

¹¹ Der Begriff der «sozialen Lage» oder der «Lebenslage» hat in der Soziologie eine lange Tradition. Neu ist jedoch, dass der Begriff heute häufig anstelle von Klasse und Schicht verwendet wird (vgl. auch Geissler 1996).

Vor dem Hintergrund der genannten Entstrukturierungs- und Individualisierungsprozesse richtete sich das Augenmerk der Ungleichheitsforschung verstärkt auf die kulturelle Prägung von Lebensformen. Zwei Forschungsrichtungen sind dabei besonders hervorzuheben: die Lebensstilforschung (vgl. z.B. Gluchowski 1988, Lüdtke 1989, 1995, Müller 1992, Hörning und Michailow 1990, Konietzka 1995) sowie die Milieuforschung (vgl. z.B. Hradil 1987, 1997, Schulze 1992). Die beiden Ansätze werden dabei nicht scharf voneinander abgegrenzt und oft synonym verwendet. Soziale Milieus oder Lebensstilgruppen lassen sich in Anlehnung an Hradil (1997: 505) als Gruppierungen definieren, die sich im Hinblick auf Lebensziele und Alltagsethiken, Methoden der Lebensführung, Interpretationen von Arbeits- und Lebensbedingungen sowie Stile des Umgehens mit Mitmenschen unterscheiden. Hinter den beiden Ansätzen steht die Überlegung, dass wir in heutigen Gesellschaften keine einheitliche Kultur und keine klaren Werte mehr finden, sondern ein Patchwork unterschiedlicher Kulturen und Wertemuster, die sich zu typischen Milieus oder Lebensstilen verdichten (vgl. Abbildung 2.4).

Abbildung 2.4

Beispiele für soziale Milieus in Deutschland nach Ueltzhöffer und Flaig (1993: 63)



Sofern Lebensstil- und Milieukonzepte nicht als Ersatz, sondern Ergänzung zur klassischen Sozialstrukturanalyse betrachtet werden, enthalten sie ein beträchtliches analytisches Potenzial, das zur Aufschlüsselung von Differenzierungs- und Ungleichheitsprozessen führen kann. Dabei wird deutlich, dass Milieus und Lebensstilgruppen nicht einfach durch soziostrukturelle Variablen determiniert sind, sondern einen unabhängigen Einfluss ausüben, der teilweise auch wieder auf die soziale Lage zurückfällt.

2.5 FOLGERUNGEN FÜR DIE UNTERSUCHUNG VON SOZIALER UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT

Welche Konsequenzen ergeben sich nun aus den oben skizzierten Veränderungsprozessen und Neukonzeptionen für die Ungleichheitsforschung?

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass die These eines zunehmenden Bedeutungsverlusts herkömmlicher Ungleichheitsdimensionen keineswegs unumstritten ist. Die von zahlreichen Autoren

ins Feld geführten theoretischen Überlegungen und empirischen Evidenzen weisen darauf hin, dass die Ungleichheiten bezüglich Bildung, Berufsstatus, Berufsprestige, Einkommen oder formaler Macht nicht kleiner geworden sind.¹²

Selbst prominente Verfechter des so genannten *Differenzierungsparadigmas* wie Ulrich Beck, Stefan Hradil, Reinhard Kreckel oder Hanspeter Müller räumen ein, dass weniger von einer Abnahme klassischer Ungleichheit als vielmehr von einem Bedeutungsverlust und einem Verlust an Klarheit gesprochen werden muss. Die wesentlichen Veränderungen im Ungleichheitsgefüge liegen auf der Ebene der Wahrnehmung und (Be)deutung von Ungleichheit. Aufgrund einer vereinfachenden, an herkömmlichen Schichtdimensionen festgemachten Einteilung in Schichten (oder auch Klassen) lassen sich heute weder über die spezifischen Lebensbedingungen, Lebenschancen und Lebensziele noch über individuelle Wahrnehmungs-, Bewusstseins- und Handlungsdimensionen eindeutige Aussagen machen. Der Möglichkeitsraum der Gesellschaftsmitglieder ist generell grösser geworden und hat sich zumindest teilweise von der Schichtzugehörigkeit entkoppelt. Neben den herkömmlichen Schichtdimensionen müssen auch andere Ungleichheitsdeterminanten in die Analyse einbezogen werden, was nur über eine Erweiterung der Ungleichheitskonzepte möglich ist.

Tabelle 2.1 verdeutlicht, dass die verschiedenen Konzepte nicht nur wissenschaftsgeschichtlich gesehen zu verschiedenen Zeiten entstanden sind, sondern auch auf einer jeweils anderen theoretischen Ebene ansetzen. Dabei kann einerseits unterschieden werden, ob sich der Begriff auf das Problem gesellschaftlicher Strukturierung bezieht oder auf die Beschreibung der sozialen Merkmale einer Person (Makro- vs. Mikroebene), andererseits kann zwischen einer strukturellen, stärker ökonomischen und einer stärker kulturellen Ebene unterschieden werden. So sind im Begriff Lebenschancen im Gegensatz zum Begriff Lebensstil die strukturellen Bedingungen mitformuliert (vgl. Geissler 1996: 322).¹³ Andererseits zielt der Begriff Lebensstil als Muster expressiven Verhaltens auf die konkrete Verhaltensebene, während soziale Milieus als überindividuelles Gebilde auf der Makroebene anzusiedeln sind (vgl. auch Otte 1996). Lebensstile werden mehrheitlich durch die konkreten Verhaltensweisen bestimmt, während Milieus vergesellschaftende und gemeinschaftsbildende Wirkung zuerkannt wird (vgl. Hradil 1997: 508). Schichten, Klassen, Lagen oder Milieu gehört man an: Es handelt sich um gesellschaftliche Grossgruppen, in denen man ein «Mitglied» ist.

Tabelle 2.1

Konzepte zur Beschreibung von sozialer Differenzierung

Analyseebene/Dimension	strukturelle Dimension	kulturelle Dimension
Makroebene <i>Beschreibung der gesellschaftlichen Differenzierung</i>	Klasse Schicht soziale Lage	Milieu
Mikroebene <i>Beschreibung konkreter individueller Verortungen</i>	Lebensbedingungen Lebenschancen	Lebensstil Lebensformen

¹² Vgl. z.B. Haller 1989, Erbslöh et al. 1988, Mayer 1990, Lemel 1991, Geissler 1996. Dies gilt im Besonderen auch für die Schweiz [Joye und Levy 1994, Levy et al. 1997, Lamprecht und Stamm 2000, Streuli und Bauer 2002, Stamm, Lamprecht und Nef 2003, Stamm und Lamprecht 2004, 2005, Suter, Renschler und Joye 2004].

¹³ Vgl. Dahrendorf (1979: 50), der das Konzept der Lebenschancen an Max Weber festmacht und Chancen mehr als Voraussetzungen des Handelns und weniger als tatsächliche Handlungsweisen bestimmt.

«Lebensbedingungen» und «Lebenschancen» beschreiben dagegen die konkreten individuellen Verortungen, wie sie sich aus den gesellschaftlichen Differenzierungen ergeben. Nach Hradil (1997) sind Lebensbedingungen faktisch bestimmt durch das Erreichen von Zielvorstellungen (z.B. über Ansehen, Wohlstand, Sicherheit oder eine gute Gesundheit zu verfügen)¹⁴, durch die Ressourcen für Handlungsmöglichkeiten (Geld, Bildungsgrad, Kontakte, Absicherungen) und durch Risiken (wie sie sich durch Technologierisiken, Unfallgefahren, soziale Unsicherheiten und gesundheitsschädliche Arbeits- und Wohnbedingungen ergeben können). Diese Begriffsbestimmung zeigt, wie unmittelbar Lebensbedingungen an die gesellschaftlich relevanten Ungleichheitsmechanismen gebunden bleiben. Das oben diskutierte Zentrum-Peripherie-Modell kann dagegen keinem Feld zugeordnet werden, da sowohl Lebenslagen und Milieus als auch konkrete Lebensbedingungen oder Lebensstile als zentral und peripher beschrieben werden können.

Die kurzen Ausführungen sollen die Leistungsfähigkeit und den Erklärungsgehalt verschiedener Ansätze aufzeigen. Dabei wird deutlich, dass es *das* Modell nicht gibt. Während die konventionellen Schicht- und Klassenperspektiven nach wie vor für die allgemeine Analyse von Ungleichheitsstrukturen geeignet sind, vermögen Milieuansätze neuere Arten der Differenzierung besser zu erfassen. Beiden eher auf der Makroebene angesiedelten Ansätzen ist jedoch gemeinsam, dass sie individuelle Handlungsbedingungen nur bedingt einzufangen vermögen und daher auch nur allgemeine Aussagen über konkrete Wahrnehmungs- und Handlungsmuster ermöglichen.

Der Forschungsalltag scheint dagegen nicht sehr von der Diskussion betroffen zu sein. In der angewandten Forschung wird häufig weiterhin mit einfachen Schichtindikatoren gearbeitet, mit Bildung und dem Einkommen als einzigem (Schicht-)Kriterium. «Neue» Ungleichheiten werden noch kaum einbezogen, und die Wahl der Indikatoren ist in aller Regel weder theoretisch begründet noch auf ein allgemeineres Konzept von Ungleichheit bezogen (vgl. Niemann, Spörri und Abel 2005).

Vor diesem Hintergrund lassen sich für eine adäquate Erfassung von Ungleichheit die folgenden Forderungen formulieren: Die Wahl eines bestimmten Ungleichheitsindikators muss theoretisch begründet sein. Dabei muss einerseits festgehalten werden, weshalb dieser Indikator von Bedeutung ist und welcher Ausschnitt der Ungleichheitsstruktur damit gemessen wird. Andererseits sollte die Wirkungskette (vgl. Abbildung 2.1) bedacht werden. Einkommen, Haushaltsgrösse und Wohnsituation z.B. stehen nicht auf der gleichen analytischen Ebene.

¹⁴ Mit Bezug zum Erreichen von Zielvorstellungen wird allerdings auch oft der Begriff Lebenschancen verwendet.

Fazit

Soziale Ungleichheit ist unübersichtlich und dynamisch geworden. Ein allgemein anerkanntes Modell zur Erfassung und Messung sozialer Ungleichheit existiert heute nicht mehr.

Soziale Ungleichheit bemisst sich nicht einfach am Einkommen, sondern bezeichnet ein mehrdimensionales Gefüge sozialer Unterversorgung und Benachteiligung. Wesentliche Merkmale sind neben den klassischen Schichtindikatoren Bildung, Beruf und Einkommen, auch die Erwerbsbeteiligung (Arbeitslosigkeit), das Geschlecht, das Alter, die soziale Herkunft und die Migrationserfahrung sowie die Lebenssituation (z.B. alleinerziehend) und die Einbettung in soziale Netzwerke. Die Position (d.h. die soziale Lage und die gesellschaftliche Integration), welche eine Person in der Gesellschaft einnimmt, ergibt sich aus der Kombination dieser Merkmale. Dabei gilt es zu beachten, inwieweit es zu einer Kumulation von Benachteiligungen und mangelnden Ressourcen kommt (z.B. arbeitslose Migrantin aus der Unterschicht mit tiefer Bildung), und wie lange der Zustand systematischer Benachteiligung andauert bzw. welche mittel- bis längerfristige Perspektiven eine Person hat.

Auch wenn es in der heutigen Gesellschaft eine Vielzahl von Optionen und Wahlmöglichkeiten gibt, prägt die soziale Lage nach wie vor die Lebenschancen, die Lebensbedingungen und die Handlungsmöglichkeiten der Gesellschaftsmitglieder und findet ihren Niederschlag in einer mehr oder weniger vorteilhaften Wohn-, Arbeits- oder Lebenssituation.

3. Chancengleichheit

3.1 WAS IST CHANCENGLEICHHEIT?

In Kapitel 2 haben wir festgehalten, dass Ungleichheit letztlich auf der ungleichen Bewertung von Unterschieden beruht: Ungleichartigkeit wird zu Ungleichwertigkeit. Genauso wie die Bestimmung von Ungleichheit ist auch die Bestimmung von Gleichheit auf Gleichheitswerte angewiesen. Gleichheit ist als Prinzip der Gestaltung sozialer Beziehungen nur insofern von Bedeutung, als sie auf ein konkretes Kriterium bezogen wird, nach dem Menschen als gleich zu betrachten sind. «Frauen und Männer sind gleich» ist ein unsinniges Postulat, die Postulate «Frauen und Männer haben die gleichen Rechte» oder «Frauen und Männer sollen für gleiche Leistungen gleich viel Lohn erhalten» dagegen keineswegs. Theoretisch können wir unzählige solcher Gleichheitspostulate formulieren, nur einige davon sind und waren aber sozial bedeutsam. Als Beispiele dafür können die Gleichheit vor Gott, die Gleichheit vor dem Gesetz oder die Gleichheit bezüglich der Teilnahme an den staatlichen Regelungen («one (wo)man one vote») genannt werden. Diese Gleichheitspostulate bilden die Basis für die Regelung der sozialen Beziehungen zwischen Menschen, Gruppen oder Organisationen.

Das bürgerliche Konzept von Gleichheit, wie es während der Aufklärung entwickelt und in der französischen Revolution erstritten wurde, stellt die juristische und politische Gleichheit in den Vordergrund. Es enthält das Postulat der formalen Gleichbehandlung und Gleichberechtigung aller Menschen, wie es in den Menschen- und Bürgerrechten bereits 1789 festgelegt, in vielen Bereichen aber erst viel später (Frauenstimmrecht) oder noch nicht (Stimmrecht für die ausländische Wohnbevölkerung) durchgesetzt wurde. Im bürgerlichen Konzept von Gleichheit ist zwar die ökonomische Gleichheit (der erarbeitete Wohlstand soll unter alle Menschen zu gleichen Teilen verteilt werden) bewusst ausgeklammert, es macht die ökonomische Ungleichheit aber erklärungsbedürftig (vgl. Dahrendorf 1961): Wenn alle Menschen von Natur aus gleichrangig, frei und gleich an Rechten sind, muss erklärt werden, warum die einen reich, mächtig und angesehen, die anderen arm, ohnmächtig und unbeachtet sind. Ist ein umfassender Gleichheitsanspruch im Sinne von Gleichberechtigung einmal ausformuliert und der Mensch aus einer starren, sich auf Gott oder die Natur berufenden Gesellschaftsordnung entlassen, so lässt sich der Anspruch nicht ohne weiteres auf gewisse Bereiche zurücknehmen. Ungleichheiten müssen fortan legitimiert werden. Die Frage: «Warum gibt es Ungleichheit?» ist gestellt und verlangt nach einer Antwort.

Auf die Frage, weshalb trotz formaler Gleichheit so viel Ungleichheit existiert, finden sich (von Marx über Tocqueville bis hin zu Parsons oder Dahrendorf) die unterschiedlichsten Antworten. Die wohl wichtigste und populärste Erklärung beruht auf einer funktionalistischen Rechtfertigung, die stark verkürzt wie folgt zusammengefasst werden kann: Da die Menschen von Natur aus ungleich sind (d.h. über unterschiedliche Fähigkeiten und Motivationen verfügen), erreichen sie im Wettlauf der Leistungsgesellschaft verschiedene Positionen, die je nach ihrer Wichtigkeit für die Gesellschaft unterschiedlich belohnt werden. Ganz nach der Devise: Je mehr jemand zum Gemeinwohl einer Gesellschaft beiträgt, desto grösser soll auch seine Belohnung (sein Stück vom Gesamtkuchen) sein. Die Glücklichen und Tauglichen steigen auf, die Pechvögel und Untauglichen steigen ab.¹⁵ Wäre dem nicht so, so wäre dies zum Schaden von allen: Ein Zurückbinden der Leistungsfähigen und Leistungsbereiten und ein Zurückstufen der zu erwartenden Belohnungen hätte ein spürbares Nachlassen der Produktivität in allen Lebensbereichen und damit einschneidende Nachteile für alle Gesellschaftsmitglieder zur Folge.¹⁶

¹⁵ Theoretisch ausformuliert wurde dieser Ansatz von der funktionalistischen Schichtungstheorie (vgl. Davis und Moore 1945, Parsons 1940, 1953). An der funktionalistischen Schichtungstheorie wurde schon früh Kritik laut (vgl. Tumin 1967, Mayntz 1961, Dahrendorf 1961 und Wegener 1988). Die Kritik hebt hervor, dass weder die biologische Voraussetzung, dass Talente angeboren und knapp sind, noch die Annahme eines freien Wettbewerbes um Positionen sowie die Entsprechung von Bedeutungshierarchie und Belohnungsverteilung plausibel seien.

¹⁶ Stamm, Lamprecht und Nef (2003) zeigen, dass diese Rechtfertigung von der grossen Mehrheit der Schweizer Bevölkerung akzeptiert und als Verteilungsprinzip unterstützt wird.

Genau an dieser Stelle der Argumentation kommt die Chancengleichheit zum Zug. Die Chancengleichheit soll dafür sorgen, dass jeder an die richtige Stelle in der Hierarchie der unterschiedlich wichtigen und unterschiedlich belohnten Positionen kommt. Die Kombination von Leistungsgerechtigkeit und Chancengleichheit ersetzt die Forderung nach mehr Belohnungsgleichheit oder mehr Gleichheit im Ergebnis. Zusammengefasst lassen sich die beiden Prinzipien wie folgt umschreiben.

Gleichheit im Ergebnis: Die Forderung nach mehr Gleichheit im Ergebnis richtet sich gegen die Einkommens-, Vermögens- oder Machtunterschiede. Mehr Gleichheit im Ergebnis schafft man, indem man die Besteuerung progressiver gestaltet oder indem man in einem Betrieb die Lohnunterschiede zwischen gut bezahlten und schlecht bezahlten Angestellten verringert.

Chancengleichheit: Die Regeln, die über Erfolg und Misserfolg eines Menschen bestimmen, sollen für alle gleich sein. Chancengleichheit ist ein Wettbewerbsprinzip und eine Garantie für formale Gleichbehandlung: Niemand darf vom Wettbewerb um Ansehen und Wohlstand ausgeschlossen werden. Jeder soll formal die gleichen Möglichkeiten der Teilnahme und die prinzipiell gleichen Aussichten auf Erfolg haben.

Dass die Grenzen zwischen Gleichheit und Chancengleichheit nicht absolut sind, sondern es auf den jeweiligen Blickwinkel ankommt, kann an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Wenn es Frauen vermehrt in Führungspositionen schaffen, wurde mit Blick auf die Positionsstruktur mehr Chancengleichheit (die Chancen der Frauen haben sich erhöht), aber nicht mehr Gleichheit geschaffen (am Unterschied zwischen den unterschiedlichen Positionen in einem Betrieb hat sich nichts geändert). Mit Blick auf die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern lässt sich aber gleichwohl von mehr Gleichheit sprechen.

Der Unterschied zwischen Gleichheit und Chancengleichheit soll in der Folge anhand des klassischen Beispiels der schulischen Chancengleichheit sowie mit Blick auf Gleichheit und Gesundheit weiter präzisiert werden.

3.2 CHANCENGLEICHHEIT IM BILDUNGSSYSTEM

Gemäss der oben skizzierten Vorstellung einer offenen Leistungsgesellschaft ist das Bildungssystem die «zentrale Dirigierstelle für die künftige soziale Sicherheit, für den künftigen sozialen Rang und für das Ausmass künftiger Konsummöglichkeiten» (Schelsky 1957: 17). Die Dirigierfunktion hat für die Ausgestaltung des Bildungssystems weit reichende Konsequenzen, bedingt sie doch, dass in der Schule selektioniert wird. In einem verzweigten, auf Prüfungen und Berechtigungen aufbauenden, hierarchischen System wird Bildung zu einem knappen Gut. Ihre Rechtfertigung findet die schulische Auslese im Prinzip der Chancengleichheit: Kein Schüler soll wegen seiner Herkunft, seines Geschlechts, seiner religiösen und ethnischen Zugehörigkeit oder seiner Sprache bevorzugt bzw. benachteiligt werden. Allein schulische Leistung, objektivierbar gemacht in einem ausgeklügelten Prüfungs- und Berechtigungswesen, darf über Auf- oder Abstieg im Bildungssystem entscheiden (Lamprecht 1991).

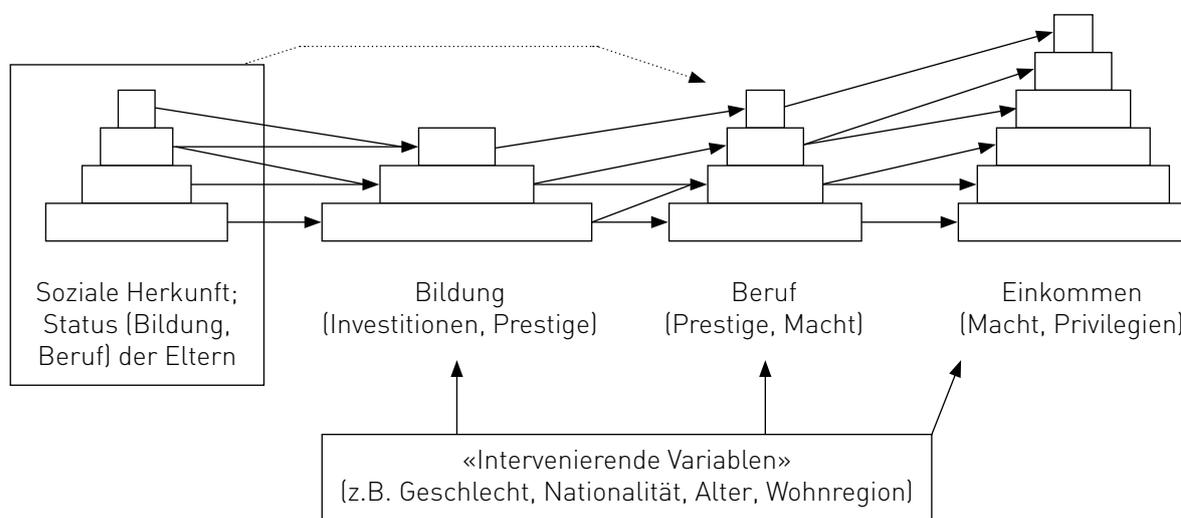
Die Bedeutung der schulischen Chancengleichheit reicht dabei weit über die Schule hinaus: Die formale Schulbildung ist eine Investition, welche den Gesellschaftsmitgliedern die Tür zur Berufsbildung öffnet, die dann ihrerseits zur Vorbedingung für Erwerbstätigkeit und Einkommen wird (vgl. Abbildung 3.1). Ob es tatsächlich die in der Ausbildung angeeigneten Kenntnisse und Fertigkeiten sind, die sich später auszahlen, oder ob die Auslese im Bildungssystem mehr der Verschleierung und Rechtfertigung überkommener

Privilegien dient, wird zwar unterschiedlich beurteilt.¹⁷ Unbestritten bleibt jedoch, dass man mit einem umso höheren Einkommen rechnen kann, je mehr man in die Schul- und Berufsbildung investiert hat. Schulische Leistung rechtfertigt soziale Unterschiede damit auch ausserhalb des Bildungssystems. Dieser Transfer macht die Schule zum zentralen Ort des gesellschaftlichen Chancengleichheitskonzepts.

Vor dem Hintergrund der Auseinandersetzung mit gesundheitlicher (Chancen-)Ungleichheit ist nun interessant, was genau unter schulischer Chancengleichheit verstanden wird und wie das Postulat umgesetzt wird. Die Forderung nach *formal-rechtlicher Chancengleichheit* verlangt, dass es in der Schule keine systematischen Bevorzugungen bzw. Benachteiligungen von Einzelnen oder Gruppen aufgrund von zugeschriebenen Merkmalen (wie Geschlecht, sozialer Herkunft, Nationalität) geben darf. Die Forderung ist soweit unbestritten. Bei der Umsetzung stellt sich aber die Frage, wie genau mit den in Abbildung 3.1 dargestellten äusseren Einflussfaktoren umgegangen werden soll. Sollen diese Einflussfaktoren auch dann ausgeblendet werden, wenn die formale Gleichbehandlung letztlich zu Ungleichheit führt¹⁸, oder sollen die negativen Wirkungen dieser Einflussfaktoren bewusst kompensiert werden, indem sozial Benachteiligte eine vermehrte und gezielte Förderung erhalten. Auf Letzteres zielt das Postulat der *statistischen Chancengleichheit*, das dann erfüllt ist, wenn Frauen und Männer genauso wie Arbeiterkinder und Akademikerkinder proportional zu ihrem Anteil an der Bevölkerung in den höheren Bildungsgängen vertreten sind.¹⁹ Auf den Punkt gebracht heisst die zentrale und strittige Frage: Bedeutet Chancengleichheit einfach formale Gleichbehandlung (auch von Ungleichen) oder involviert Chancengleichheit den aktiven Abbau von Ungleichheit?

Abbildung 3.1

Erweitertes Modell des Zusammenhangs zwischen Bildung, Beruf und Einkommen



¹⁷ Während die Humankapitaltheorie der Bildungsökonomien die These vertritt, die Einkommensverteilung beruhe letztlich auf Abzinsung des vorher akkumulierten Bildungskapitals (vgl. z.B. Berger 1969), ist die Reproduktions- und Legitimationstheorie der Meinung, in der Bildungsverteilung widerspiegle sich die Privilegienverteilung, da die schulische Auslese in Abhängigkeit von der sozialen Herkunft erfolgte (vgl. dazu Bourdieu und Passeron 1970 sowie für die Schweiz Lamprecht und Graf 1991 sowie Bornschier 1998).

¹⁸ Dies ist beispielsweise bei Kindern der Fall, die in einem fremdsprachigen oder eher «bildungsfeindlichen» Milieu aufwachsen und deshalb die Anforderungen und Erwartungen der «Mittelschichtsschule» nicht in gleicher Weise erfüllen können.

¹⁹ Der Frage, inwiefern das schulische Chancengleichheitspostulat tatsächlich umgesetzt wurde und welcher Einfluss die Öffnung des Bildungssystems und die Bildungsexpansion dabei ausübten, kann hier nicht näher nachgegangen werden (vgl. dazu Lamprecht und Stamm 1996 und Stamm und Lamprecht 2005 sowie die aktuelle Diskussion rund um die Befunde der Pisa-Studie).

3.3 CHANCENGLEICHHEIT IM GESUNDHEITSSYSTEM

Auch bei der gesundheitlichen Ungleichheit wird ein Unterschied zwischen Ungleichheit und Chancengleichheit gemacht. Die begriffliche Trennung ist zwar weniger klar und scharf als in der allgemeinen Ungleichheits- und in der Bildungsforschung, sie ist aber letztlich mit der gleichen Problemstellung konfrontiert. Auch bei der gesundheitlichen Ungleichheit wird zunächst eingeräumt, dass es keine absolute Gleichheit geben könne. Personen können nicht gleich gesund oder krank sein, da sie auch unterschiedliche körperliche Voraussetzungen und Dispositionen haben. Unabhängig davon, dass diese Begründung mehr auf die grundlegenden Unterschiede als auf die sozialen Ungleichheiten in engeren Sinne zielt (vgl. Kapitel 2), braucht das Gleichheitspostulat auch mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit Kriterien, auf die sich die Argumentation stützen kann (d.h. gleich im Bezug auf was?).

In einer älteren, aber immer noch häufig zitierten Arbeit unterscheidet Mooney (1983) sieben Gleichheitskriterien (vgl. auch Mielck 2000: 302):

1. Gleiche Ausgaben pro Person
2. Gleiche Ressourcen pro Person
3. Gleiche politische Prioritäten
4. Gleiche Ressourcen bei gleichem Bedarf
5. Gleicher Zugang mit gleichem Bedarf
6. Gleiche Inanspruchnahme
7. Gleicher Gesundheitszustand

Die Forderungen 1 bis 4 beziehen sich auf die regionale Verteilung von finanziellen Mitteln und Ressourcen: Jede Region soll pro Kopf der Bevölkerung bzw. entsprechend ihrem Bedarf den gleichen finanziellen Anteil erhalten, über die gleichen Ressourcen verfügen und das gleiche Versorgungsniveau dank gleicher politischer Prioritäten aufweisen. Die vier Forderungen können zusammengefasst werden mit der Formel: Keine gesundheitliche Ungleichheit nach Regionen.

Die Kriterien 5 und 6 beziehen sich auf die individuelle Ebene und lassen sich mit der allgemein anerkannten Forderung «gleicher Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für alle» zusammenfassen, wobei die Forderung 6 nicht nur die Finanzen, sondern auch den ungleichen Informationsstand und die individuellen Präferenzen einbezieht.

Das Gesundheitswesen soll die Versorgungssicherheit für die ganze Bevölkerung gewährleisten. Unabhängig von Status und Rang soll die medizinische Versorgung allen Gesellschaftsmitgliedern in gleichem Masse zur Verfügung stehen. In der Schweiz schliesst das System der obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung grundsätzlich die gesamte Bevölkerung ein.²⁰ Trotzdem ist der Zugang nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich. Wissensdefizite, unterschiedliche Einschätzungen der Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen, unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie unterschiedliche Körperwahrnehmungen und Unterschiede in der Compliance führen zu einer ungleichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Der zunehmende Spardruck auf das Gesundheitssystem weckt zudem Befürchtungen über das Aufkommen einer Zwei-Klassenmedizin (Wydler 1997: 3f.)

Das 7. Kriterium von Mooney (1983) zielt auf den eigentlichen Gesundheitszustand und enthält eine Forderung, die in der vorliegenden Formulierung als unrealistisch oder zumindest utopisch zu bezeichnen ist. Aus offensichtlichen Gründen können nicht alle Personen den gleichen Gesundheitszustand haben. Die Forderung wird deshalb nicht auf einzelne Personen, sondern auf grössere Bevölkerungsgruppen

²⁰ Neben der Eindämmung der Kosten und dem Ausbau der Leistungen war auch die Verstärkung der Solidarität das erklärte Ziel des 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) (Gärtner 2003).

bezogen und als Unabhängigkeit des Gesundheitszustandes vom Wohnort oder vom sozialen Status interpretiert (vgl. Mielck 2000: 203). In dieser Form wurde die Forderung auch von der WHO (1985) in ihre Zielsetzungen für das Jahr 2000 übernommen:

«Bis ins Jahr 2000 sollten die derzeit bestehenden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern sowie zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb der Länder um mindestens 25 Prozent verringert werden, und zwar durch Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen» (WHO 1985: 33).

In der deutschen Übersetzung wurde diese Zielsetzung mit dem Titel «Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit» versehen. Die Forderung nach Chancengleichheit bezieht sich in dieser Lesart also auf Unterschiede zwischen Regionen bzw. Ländern sowie Gruppen, die es gemäss Vorgaben der WHO zu verbessern gilt. Da die Ungleichheitsstruktur – wie wir in Kapitel 2 festgestellt haben – in der Gegenwartsgesellschaft unübersichtlich geworden ist und es viele Ungleichheits-Kriterien (alte und neue, vertikale und horizontale, zugeschriebene und erworbene, relevante und weniger relevante) gibt, um Personen in Gruppen einzuteilen, bleibt die WHO-Forderung unspezifisch. Gilt es die gesundheitliche Ungleichheit mit Blick auf das Geschlecht, das Alter, die Bildung, den Beruf, das Vermögen, die Nationalität oder die soziale Herkunft (etc.) zu verringern?

Eine Präzisierung und Klarstellung des allgemeinen WHO-Ziels findet sich bei Whitehead (1991) in ihrem WHO-Bericht «Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit». Whitehead führt in ihrer WHO-Argumentation sieben Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit auf (Übersetzung teilweise nach Mielck 2000: 304):

1. Angeborene, biologische Faktoren
2. Frei gewähltes, gesundheitsrelevantes Verhalten (z.B. Sport treiben)
3. Unterschiedliche Geschwindigkeit bei der Inanspruchnahme neuer Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme
4. Nicht frei gewähltes, gesundheitsrelevantes Verhalten (z.B. eintönige Computerarbeit)
5. Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Arbeits- und Wohnbedingungen
6. Zugang zur gesundheitlichen Versorgung
7. Gesundheitsbedingte soziale Mobilität (sozialer Abstieg von psychisch Kranken)

Während die gesundheitlichen Ungleichheiten 1 bis 3 in der gesundheitspolitischen Diskussion als «unvermeidbar» oder «fair» angesehen werden, sind die Ursachen 4 bis 7 vermeidbar und «unfair». Diese gesundheitlichen Ungleichheiten, die auf diesen Ursachen beruhen, sollten zur Herstellung von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit verringert werden.

Im Englischen wird in diesem Zusammenhang häufig zwischen den Begriffen «health inequalities» und «health inequities» unterschieden. Mit dem wertneutraleren Begriff «health inequalities» werden alle Unterschiede im Gesundheitszustand gekennzeichnet, während «health inequities» sich auf die als ungerecht und unfair eingeschätzten Unterschiede bezieht. Mielck (2000: 305) übersetzt «health inequalities» mit «gesundheitliche Ungleichheit» und «health inequities» mit «problematische gesundheitliche Ungleichheiten». Die Unterscheidung ist jedoch nicht unumstritten, da sie die Diskussion auf die Begriffe «fair» und «ungerecht» verschiebt, und wird deshalb von verschiedenen Autoren nicht gemacht.

In Anlehnung an die WHO-Argumentation von Whitehead (1991) lässt sich die Forderung nach gesundheitlicher Chancengleichheit damit wie folgt umschreiben: «Jeder soll eine faire Chance erhalten, sein Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen, d.h. alle vermeidbaren Hemmnisse zur Erreichung dieses Potenzials sollen beseitigt werden» (Mielck 2000: 305).

Was «vermeidbare Hemmnisse» sind, wird von Mielck (2000: 367) dann noch näher mit Blick auf die klassischen Schichtdimensionen Bildung, Beruf und Einkommen konkretisiert, wenn er das gesundheitspolitische Ziel «gesundheitliche Chancengleichheit» wie folgt festlegt:

«Jeder Mensch sollte unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. zu werden. Bei den gesellschaftlich bedingten – und somit potenziell auch veränderbaren – Einflüssen auf den Gesundheitszustand sollte es daher so wenig Unterschiede nach Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen geben wie möglich.» Mielck (2000: 367).

Dabei wird von Mielck eingeräumt, dass nicht alle gesellschaftlich bedingten Unterschiede im Gesundheitszustand vollständig abgebaut werden können. Die Zieldefinition wird daher wie folgt eingeschränkt: «Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit auf das kleinst mögliche Ausmass.»

Trotz dieser Konkretisierungen lässt sich das Konzept der Chancengleichheit nur schwer in klare Zielsetzungen oder gar Handlungsansätze übersetzen. Neben einer präziseren Fassung von sozialer Ungleichheit (vgl. Kapitel 2) ist dazu eine etwas systematischere Betrachtung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit notwendig.

Fazit

Chancengleichheit bezeichnet sowohl ein Wettbewerbsprinzip als auch ein Grundrecht. Chancengleichheit postuliert das Recht auf eine faire und gerechte Verteilung von Gütern und Lebenschancen. Niemand darf aufgrund von zugeschriebenen Merkmalen (wie Geschlecht, Alter, Hautfarbe) oder aufgrund seines sozialen Status (Bildung, Beruf, Einkommen) diskriminiert werden. Gesundheitsbezogene Chancengleichheit bedeutet, dass alle Menschen die gleichen gesellschaftlichen Möglichkeiten haben sollen, ein langes und gesundes Leben zu führen. Gesundheitliche Ungleichheit, die sich aus den sozialen Merkmalen einer Person ergibt, ist ein Verstoß gegen das Chancengleichheitspostulat.

4. Soziale Ungleichheit und Gesundheit

4.1 EMPIRISCHE BEFUNDE ZUR GESUNDHEITLICHEN UNGLEICHHEIT

In seinem Überblick über die internationale Forschung zeigt Mielck (2000), wie auch in hochentwickelten Ländern die Mortalität und die Morbidität mit der sozialen Lage in Zusammenhang stehen. Dies gilt zweifellos auch für die Schweiz (vgl. Bisig und Gutzwiller 1999, Caritas 2003, Suter, Renschler und Joye 2004), wengleich hierzulande erst ansatzweise umfassende Forschungsprojekte durchgeführt wurden (eine gute Einführung in die Schweizer Verhältnisse geben Zimmermann und Weiss 2004).

Verschiedene Studien zur *Mortalität* zeigen, dass Personen in einer tieferen sozialen Lage eine kürzere Lebenserwartung aufweisen als Personen in höheren Lagen (Mielck 2000, Marmot 2005). Dieser Befund liess sich sowohl mit Blick auf die Unterschiede bei der Bildung als auch beim Berufsstatus und beim Einkommen feststellen: Die Sterblichkeit bei Personen ohne Matura, bei Personen mit tieferem Berufsstatus oder in den unteren Einkommensgruppen ist höher als im Bevölkerungsdurchschnitt.²¹

Ein Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und Berufsstatus wurde in der Schweiz erstmals in den 1980er Jahren nachgewiesen (Lehmann, Mamboury und Minder 1988, Vater, Minder und Spuhler 1993). Wie sich unabhängig vom Berufsstatus auch das Bildungsniveau auf die Mortalität von Frauen und Männern auswirkt, zeigt die Studie von Bopp und Minder (2003). Die unterschiedliche Sterblichkeit lässt sich also nicht nur auf das berufsbedingte Risiko zurückführen, sondern steht auch in Zusammenhang mit kulturellen Ressourcen, welche die Lebensbedingungen und Lebensbewältigung beeinflussen.

Zu einem analogen Resultat kommt man mit Blick auf die *Morbidität* (Mielck 2000). Die Chance, einen Herzinfarkt zu erleiden oder an psychischen Störungen zu erkranken, sowie eine kritische Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands sind bei Personen mit einem tieferen sozialen Status höher als bei Personen mit einem höheren Bildungs-, Berufs- oder Einkommensstatus. Mit Blick auf die Schweiz stellen Schopper und Obrist (2005) fest, dass die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken je nach Region, Kanton, Berufsgruppe und sozialer Schicht verschieden hoch ist. So haben beispielsweise Männer mit einer minimalen Schulbildung ein doppelt so hohes Risiko an Krebs zu sterben als Akademiker (Schopper und Obrist 2005: 1298).

Die gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich bereits bei den Kindern und Jugendlichen. Realschüler/innen bzw. Hauptschüler/innen leiden häufiger an Kopfweg als Gymnasiast/innen, und Kinder von Eltern mit tieferer Schulbildung haben die ungesünderen Zähne als Kinder von Eltern mit höherer Schulbildung. Vereinzelt findet sich allerdings auch der umgekehrte Effekt; so sind Allergien in unteren sozialen Lagen seltener anzutreffen als in höheren.

Sowohl der Zusammenhang zwischen Mortalität und sozialer Lage als auch der Zusammenhang zwischen Morbidität und sozialer Lage erweist sich als linear. Das heisst: Je höher der soziale Status, desto besser der Gesundheitszustand bzw. desto geringer die Sterblichkeit. Die grössten Unterschiede finden sich, wenn man die oberste Statusgruppe (z.B. wirklich Reiche) mit der untersten (z.B. extrem Arme) vergleicht. Mielck (2000) spricht davon, dass die Morbidität in der untersten Statusgruppe zwei- bis dreimal grösser sein dürfte als in der obersten Statusgruppe. Der Unterschied in der Lebenserwartung soll für Männer 3.3 Jahre und für Frauen 3.9 Jahre betragen. Marmot (2005: 1099) kommt für die USA sogar auf Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den höchsten und tiefsten sozialen Lagen von bis zu 20 Jahren.

Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit zeigt sich nicht nur, wenn man die untersten mit den obersten sozialen Lagen vergleicht. Der soziale Gradient erstreckt sich über die ganze Gesellschaft. Un-

²¹ Studien zur Mortalität auf Individualebene sind relativ selten. Häufig wird der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Mortalität auf der Makroebene untersucht, indem Mortalitätsraten und die sozioökonomische Struktur zwischen verschiedenen Regionen verglichen wird (vgl. Übersicht bei Mielck (2000: 69ff.)). Dabei besteht allerdings das Problem des ökologischen Fehlschlusses.

terschiede bezüglich Sterblichkeit und Krankheitsrisiken finden sich nicht nur zwischen einfachen Arbeitern und höheren Angestellten, sie finden sich auch zwischen leitenden Angestellten und dem höchsten Kader. Die so genannte Whitehall-Studie konnte auf der Grundlage von 17 000 britischen Regierungsangestellten nachweisen, dass Angestellte des mittleren Dienstes stärker von koronaren Herzerkrankungen betroffen sind als ihre höher gestellten Kollegen (vgl. Wilkinson und Marmot 1998, Marmot et al 1991).

In verschiedenen Studien konnte ferner ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitsverhalten sowie verschiedenen Risikofaktoren festgestellt werden. In seinen Studien aus den Niederlanden konnte Mackenbach einen eindeutigen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Zigarettenrauchen, Übergewicht, Gesamt-Cholesterin, Bluthochdruck, Mundhygiene sowie Ernährung nachweisen (vgl. Zusammenstellung in Mackenbach 1998). Bei allen diesen Faktoren zeichnen sich Personen mit einem höheren sozialen Status durch ein gesünderes Verhalten aus. Analoge Zusammenhänge liessen sich mittels der schweizerischen Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik finden, wobei zusätzlich auch eine eindeutige Beziehung zwischen einem gesundheitsfördernden Bewegungsverhalten und dem sozioökonomischen Status gemessen werden konnte (vgl. Zimmermann und Weiss 2004, Lamprecht und Stamm 2005, König, Lamprecht und Stamm 2005).

4.2 URSACHEN GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEIT: EIN ERKLÄRUNGSMODELL

Zur Beantwortung der Frage, weshalb Mortalität und Morbidität mit zunehmendem sozialem Status abnehmen, lassen sich nach Siegrist (2005: 182) die vier folgenden Erklärungsansätze unterscheiden:

- Einfluss des medizinischen Versorgungssystems: Der Zugang und die Qualität des Gesundheitswesens ist nicht für alle Gesellschaftsmitglieder gleich offen bzw. gleich gut.
- Drift-Hypothese: Die Krankheit ist die Ursache eines sozialen Abstiegsprozesses. Nicht Armut macht krank, sondern Krankheiten führen zu Armut.
- Gesundheitsschädigendes Verhalten: Personen aus unterschiedlichen sozialen Lagen weisen ein unterschiedliches Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten auf.
- Materielle und psychosoziale Belastungen im Lebenslauf: Der Zusammenhang zwischen Mortalitäts- bzw. Morbiditätsrisiko und sozialer Lage erklärt sich aus den unterschiedlichen Belastungen und Benachteiligungen, die sich aus den «schicht spezifischen» Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen ergeben.

Obwohl sich für alle vier Erklärungsansätze empirische Evidenzen finden lassen, kommt der dritten und der vierten Hypothese die grösste Erklärungskraft zu (Siegrist 2005: 182, Mielck 2000).

Für die nähere Erläuterung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit greifen wir auf ein Erklärungsmodell zurück, das von den Autoren in einer früheren Arbeit zu den Konsequenzen sozialer Ungleichheit entwickelt wurde und ebenfalls auf die beiden letzteren Erklärungsansätze fokussiert ist (vgl. Lamprecht und Stamm 1994, 1999a, König, Lamprecht, Stamm 2005). Das in Abbildung 4.1 dargestellte Strukturmodell gibt einen Überblick über die verschiedenen Ebenen, die bei der Erfassung und Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit beachtet werden müssen. Im Modell werden Erklärungsebenen unterschieden, von denen direkte wie auch kombinierte Effekte auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand ausgehen. Dabei wird deutlich, wie die allgemeinen Lebensbedingungen und die konkreten Lebenssituationen sowohl direkt als auch indirekt auf das Gesundheitsverhalten und auf den Gesundheitszustand wirken.

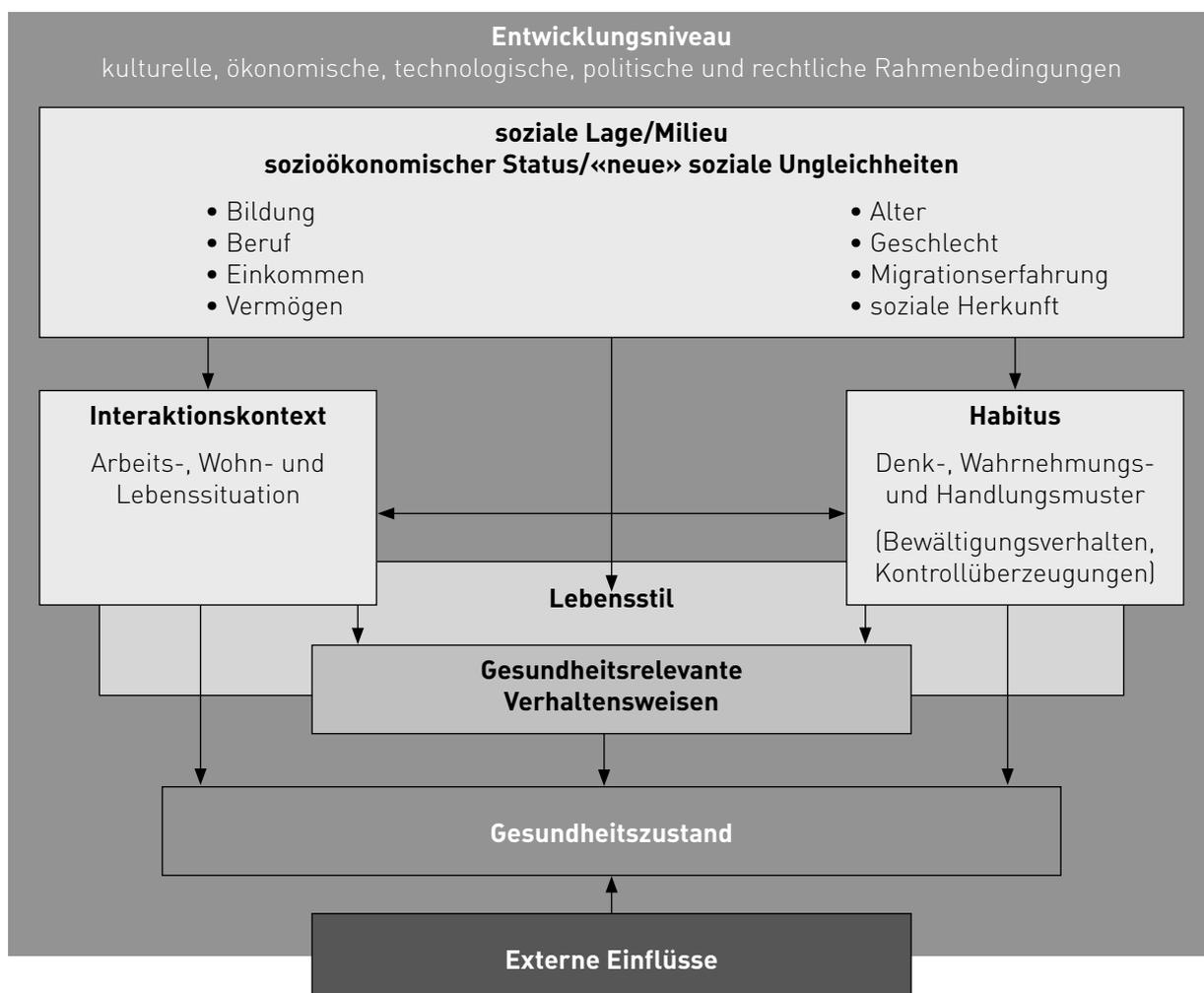
Das Entwicklungsniveau definiert sich aus den kulturellen, technologischen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen einer gegebenen Gesellschaft. Sie geben beispielsweise Auskunft über die medizinischen und hygienischen Möglichkeiten bzw. Bedingungen, die Altersverteilung einer Gesellschaft oder die Grundstruktur der Gesundheitsversorgung. Auf dieser Ebene können auch allgemeine Vorstellungen

und Werte bezüglich Gesundheit und Körper festgemacht werden. Weltweit bestehen grosse Unterschiede bezüglich dieser allgemeinen Rahmenbedingungen, wie sie sich beispielsweise in den markanten Unterschieden bei der Säuglingssterblichkeit oder der Lebenserwartung zwischen hochentwickelten und Ländern der Dritten Welt zeigen. Sämtliche in Abbildung 4.1 dargestellten Beziehungen und Ebenen müssen zunächst vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Rahmenbedingungen betrachtet werden.

Das allgemeine Entwicklungsniveau muss damit auch bei der Analyse der Ungleichheitsstruktur (die sozialen Lagen und Milieus) einbezogen werden. Die Ungleichheitsstruktur eines Landes der Dritten Welt liegt auf einem anderen Niveau und hat andere Konsequenzen als die Ungleichheit in einer hochentwickelten Gesellschaft wie diejenige der Schweiz. In den vergangenen 100 Jahren liess sich in der Schweiz ein markanter Anstieg des Wohlstandsniveaus feststellen (ein so genannter Fahrstuhleffekt), der das Ungleichheitsgefüge auf ein anderes Niveau verschob (vgl. Ausführungen in Kapitel 2). Personen in unteren sozialen Lagen sind nicht mehr von absoluter Armut (bzw. absoluter Deprivation), sondern von relativer Armut (bzw. relativer Deprivation) betroffen. Das heisst: Sie sind arm im Verhältnis zu den anderen Gesellschaftsmitgliedern und können sich vieles von dem, was als gesellschaftlich erstrebenswert gilt, nicht leisten.

Abbildung 4.1

Allgemeines Strukturmodell zum Zusammenhang von Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten sowie Wohn- und Arbeitssituation



In diesem Zusammenhang muss auch die Wilkinson-Hypothese gesehen werden (vgl. Wilkinson 1996, Kawachi et al. 1999), die besagt, dass die Mortalität in einer Gesellschaft stärker durch das Ausmass der (Einkommens-)Ungleichheit geprägt wird als durch den durchschnittlichen Wohlstand (d.h. das Entwicklungsniveau). Für Wilkinson ist die Gesundheit nicht im reichsten Land am besten, sondern in demjenigen mit der grössten Verteilungsgerechtigkeit. Die zwar nicht ganz unumstrittene, gesundheitspolitisch aber überaus bedeutsame These gilt allerdings nur im Vergleich zwischen hochentwickelten Ländern (d.h. ab einem bestimmten Entwicklungsniveau).

Unbestritten bleibt, dass die soziale Lage und das soziale Milieu die allgemeinen Lebensbedingungen bestimmen und die individuellen und gruppenspezifischen Lebenschancen beeinflussen. Sie legen einen objektiven Handlungsspielraum fest, welcher die konkreten Handlungsmöglichkeiten von Individuen bestimmt. Zu den zentralen Determinanten von sozialer Lage und Milieu gehören die («klassischen» oder «vertikalen») Ungleichheitsdimensionen Bildung, Beruf, Einkommen und Vermögen.²² Gleichzeitig müssen zur Bestimmung von sozialer Lage und Milieu aber (vermehrt) auch die «neuen» oder «horizontalen» Ungleichheiten wie Alter, Geschlecht oder Migrationserfahrung einbezogen werden. Die verschiedenen Ungleichheitsdeterminanten haben sowohl einen direkten Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand als auch vermittelt über die konkrete Lebenssituation und den Habitus.

Der Begriff Habitus bezieht sich in Anlehnung an die Arbeiten von Pierre Bourdieu (1987) auf die subjektiven Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsdispositionen, die von der sozialen Lage und dem Milieu mitgeprägt sind. Auch das unterschiedliche Bewältigungsverhalten oder die Kontrollüberzeugungen können im Zusammenhang mit dem Habitus einer Person thematisiert werden. Während der Habitus die individuellen, über Sozialisationsprozesse aber eben auch strukturell geprägten Handlungsorientierungen und -strategien thematisiert, umfasst der Interaktionskontext die konkreten Arbeits- und Wohnbedingungen sowie die kleinräumigen Beziehungsnetze. Auf dieser Ebene zeigen sich z.B. die unterschiedlichen Arbeitsbelastungen (der Stress, der Lärm, die Luftqualität etc.), denen man ausgesetzt ist, oder die Wohnqualität (Lage, Grösse, Ausstattung), über die man verfügt.

Die konkrete Lebenssituation ist zwar geprägt von der soziale Lage und dem sozialen Milieu, die von diesen aufgespannten Möglichkeitsräume können aber auch individuell gestaltet und modifiziert werden. Das heisst, auch ein gut verdienender Akademiker kann sich gegen die geräumige Eigentumswohnung mit Seesicht und für die kleine Stadtwohnung an der viel befahrenen Durchgangsstrasse entscheiden, weil er die Ausgehmöglichkeiten im Quartier schätzt und ohnehin selten zu Hause ist. Der angelernte Bauarbeiter hat bezüglich Wohnsituation dagegen weniger Handlungsraum. Er wählt nicht zwischen Eigentumswohnung mit Seesicht und kleiner Stadtwohnung an der Durchgangsstrasse, sondern beispielsweise zwischen Wohnsilo am Stadtrand und kleiner Stadtwohnung an der Durchgangsstrasse.

Die mehr oder weniger bewussten Entscheidungen in einem mehr oder weniger grossen Möglichkeitsraum verdichten sich schliesslich zu einem bestimmten Lebensstil. In der konkreten Lebenssituation und dem Habitus setzen sich also nicht nur der Einfluss der sozialen Lagen und des sozialen Milieus fort, die Lebenssituation und der Habitus üben auch einen unabhängigen Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand aus. Und auch auf der Ebene der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (unter die sowohl das eigentliche Gesundheitshandeln wie auch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen fallen) gibt es selbstverständlich Entscheidungsmöglichkeiten. Man hat durchaus auch die Wahl, inwieweit man rauchen, häufig Alkohol konsumieren oder sich fettreich ernähren will. Neben einer gewissen Unabhängigkeit sind diese Verhaltensweisen aber auch Ausdruck bestimmter Lebens- und Arbeitssituationen und der damit verbundenen sozialen Rollen sowie Bestandteile einge-

²² Weniger aus konzeptionellen als vielmehr aus forschungstechnischen Überlegungen wird das Vermögen allerdings kaum je erhoben.

übter und angelernter Wahrnehmungs- und Handlungsmuster, die ihrerseits in Zusammenhang mit der sozialen Lage und dem Milieu stehen.²³

Vor diesem Hintergrund muss also festgehalten werden, dass das vorgeschlagene Erklärungsmodell auf die strukturelle Prägung von Gesundheit fokussiert ist und keineswegs deterministisch verstanden werden darf. Biologische und ökologische (d.h. externe) Einflussfaktoren – wie beispielsweise die Konstitution – bleiben unberücksichtigt, da sie für die Frage nach der gesundheitlichen Ungleichheit nicht von Belang sind. Im Modell sind auch nur die wichtigsten Einflussfaktoren und Beziehungen eingezeichnet. So gibt es zweifellos auch einen Rückkopplungseffekt vom Gesundheitszustand auf die soziale Lage, da gesundheitliche Probleme auch zu einem sozialen Abstieg führen können. Gesamthaft ist der Effekt «Krankheit macht arm» aber als weniger bedeutsam als der Effekt «Armut macht krank» (vgl. auch Mielck 2000: 363).

Das skizzierte Strukturmodell hat zahlreiche Berührungspunkte zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Die einzelnen Ebenen finden zwar keine genauen Entsprechungen in den Gesundheitsdeterminanten des Ergebnismodells. Der Habitus und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beziehen sich aber vor allem auf die gesundheitsfördernden personalen Ressourcen und Verhaltensmuster (C3), während sich in der gesundheitsfördernden sozialen Umwelt (C2), der Interaktionskontext und Elemente der sozialen Lage widerspiegeln. Die gesundheitsfördernde materielle Umwelt (C1) bezieht sich teilweise auf das Entwicklungsniveau hat aber auch Bezüge zur sozialen Lage.

Fazit

Auch in hochentwickelten Gesellschaften wie der Schweiz erkranken Personen in tieferen sozialen Lagen häufiger als besser gestellte Personen und sie leben auch weniger lange als diese. Je höher man auf der sozialen Leiter steht, desto grösser ist die Chance auf ein langes, behinderungsfreies Leben.

Eine ungünstige soziale Position und die Kumulation von verschiedenen Benachteiligungen beeinträchtigen nachweislich die körperliche und psychische Gesundheit. Diese Beeinträchtigung geschieht sowohl direkt als auch indirekt über unterschiedliche Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie über unterschiedliche Handlungsorientierungen und Bewältigungsstrategien. Die unterschiedlichen Lebensbedingungen und Handlungsmöglichkeiten tragen dazu bei, dass Personen in tieferen sozialen Lagen sich häufiger durch ein geringeres Gesundheitsbewusstsein und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auszeichnen. Letzteres zeigt sich darin, dass sie beispielsweise weniger auf ihre Ernährung achten und häufiger übergewichtig sind, sich weniger bewegen oder vermehrt rauchen. Auch der Zugang zum Gesundheitssystem ist nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich: Unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit sowie mangelndes Wissen und das Fehlen von spezifischen, niederschweligen Angeboten führen dazu, dass im Gesundheitswesen nicht alle Menschen gleich erreicht werden.

²³ Vgl. dazu die Ergebnisse von Mackenbach (1994), der jeweils eine eindeutige Beziehung zwischen dem sozioökonomischen Status und den verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens sowie den unterschiedlichen Umweltbedingungen nachweisen konnte.

5. Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit – Stress

5.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG UND ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Gemäss der klassischen WHO-Definition von 1946 stellt das psychische Wohlbefinden neben den körperlichen und sozialen Aspekten eine der drei Hauptdimensionen von Gesundheit dar. Psychische Gesundheit wird nicht nur von biologischen Faktoren beeinflusst, sondern wird wesentlich durch die oben genannten strukturellen Ungleichheitsdimensionen wie soziale Herkunft, Migrationserfahrung, Alter, Geschlecht, Bildung oder den Berufsstatus bestimmt. In Anlehnung an das in Kapitel 4 vorgeschlagene Erklärungsmodell wirken die strukturellen und sozioökonomischen Bedingungen sowohl direkt als auch indirekt vermittelt über die konkrete Arbeits-, Wohn- und Lebenssituation sowie die vorhandenen Ressourcen und Bewältigungsstrategien auf das psychische Wohlbefinden. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf den Stress bzw. das Stresserleben. Soziale Stressoren zählen in den hochentwickelten Gesellschaften zu den verbreitetsten und stärksten Belastungsquellen, welche die Gesundheit beeinträchtigen (Siegrist 2005).

Seit einigen Jahren rückt in der medizinsoziologischen Ungleichheitsforschung immer mehr die Frage in den Mittelpunkt, inwiefern der Gesundheitszustand mit dem Erleben von bzw. dem Umgang mit Stress zusammenhängt. Dabei interessiert insbesondere, ob es spezifische Gruppen von Personen gibt, die aufgrund verstärkten Ausgesetztseins an Stressoren oder durch schlechtere Coping-Strategien (vgl. Pearlin 1989, Lazarus und Folksman 1984, Steinmann 2005) gesundheitlich benachteiligt sind.

Steinmann (2005) weist in seinem Forschungsüberblick darauf hin, dass es keine einheitliche Definition von Stress gibt und auch konzeptionell erhebliche Unterschiede bestehen. «Je nach Fachrichtung (Biologie, Medizin, Soziologie, Psychologie) beschreibt Stress die Faktoren oder Quellen des Stresses (Stressoren), die Gesamtheit der inneren Reaktionen des Körpers (Stress), die Verhaltensreaktion der Person in Bezug auf die Belastung (Stressentwicklungsprozess) oder die Stressfolgen» (Steinmann 2005: 41). Bei der Frage nach den Ursachen für Stress unterscheidet Steinmann (2005: 43) acht Gruppen von Stressoren. Mit Blick auf die strukturellen Stressursachen wird in der Forschung jeweils von zwei Formen von Belastungen bzw. Stressoren ausgegangen (vgl. Mielck 2000, Semmer, McGrath und Beehr 2005, Meyer 2000, Lazarus und Folksman 1989, Sarason, Johnson und Siegel 1978).

- *Kritische Ereignisse (stressful life events)*: z.B. Scheidung oder Trennung, eigene schwere Erkrankung oder Erkrankung einer nahe stehenden Person, Hinscheiden einer nahe stehenden Person, Umzug, Verlust des Arbeitsplatzes, Arbeitsplatzwechsel, erhebliche Verringerung des Einkommens, Opfer von Kriminalität etc.
- *Chronische Spannungen*: z.B. finanzielle Sorgen, Einschränkung der Freizeitaktivitäten und Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen aufgrund finanzieller Probleme, Lärm und/oder Luftverschmutzung im Wohnraum, Probleme im Umgang mit Verwandten und anderen nahe stehenden Personen, Angst vor Arbeitsplatzverlust, monotone Arbeit, Rollenkonflikte wegen Doppelbelastung durch Arbeit und Haushalt etc.

Während die Probleme der ersten Gruppe typischerweise unerwartet auftreten, handelt es sich bei der zweiten Gruppe um stressreiche Situationen, die unter Umständen schon seit längerer Zeit andauern und deren Entspannung oft nicht absehbar ist. Vor diesem Hintergrund ist jeweils auch von *akutem Stress* im Gegensatz zu *Dauerstress* die Rede (Steinmann 2005).

Es liegt auf der Hand, dass nicht alle Personen in gleichem Masse von den genannten Belastungen betroffen sind und auch nicht die gleichen Ressourcen zu Verfügung haben, um auf diese Stressoren zu reagieren. Dies kann mit dem Mangel an finanziellen Möglichkeiten, dem Fehlen von Qualifikationen oder fehlender sozialer Unterstützung zusammenhängen (vgl. Meyer 2000). In der Ungleichheitsforschung wird davon ausgegangen, dass Personen mit weniger Bildung, einem tieferen Einkommen und einer statistieferen beruflichen Position sowohl mit mehr Stressoren konfrontiert sind als auch über weniger Ressourcen im Umgang mit diesen Stressoren verfügen (Stronks 1998 et al.).

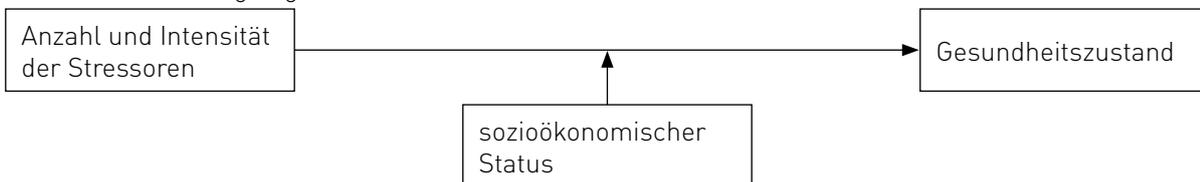
Im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit und Stress werden also die folgenden zwei Hypothesen diskutiert:

- *Ungleiche Exposition:* Die Anzahl und Intensität der Stressoren sind in den tieferen sozialen Lagen grösser als in den höheren.



Quelle: Stronks et al. (1998)

- *Ungleiche Vulnerabilität:* Bei gleicher Stressoren-Belastung ist die gesundheitliche Beeinträchtigung in tieferen sozialen Lagen grösser als in den höheren.



Quelle: Stronks et al. (1998)

Im Folgenden soll betrachtet werden, inwieweit die beiden Thesen in der Literatur bestätigt werden, und inwiefern auch andere «neue» Ungleichheitsdimensionen wie das Geschlecht, das Alter oder die Migrationserfahrung eine Rolle spielen.

5.2 BEFUNDE AUS DER SCHWEIZ

Für die Schweiz gibt es unseres Wissens keine Studie, die sich spezifisch mit der Überprüfung der oben aufgeführten Hypothesen befasst. Dennoch lässt sich auch in der Schweiz zeigen, dass Personen in tieferen sozialen Lagen intensiver unter Stress leiden und vor allem weniger Ressourcen für eine positive Stressbewältigung zur Verfügung haben als besser gestellte Personen. Mangelnde Ressourcen zur Stress- und Lebensbewältigung stehen in Abhängigkeit vom Bildungsniveau und führen mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer nachhaltig tieferen Lebensqualität. «Letztere hat dann wiederum einen negativen Einfluss auf die Gesundheit und die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Todes» (Zimmermann und Weiss 2004: 63). Nicht zuletzt dank der Gründung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und den daraus hervorgehenden Studien und Publikationen verbessert sich die Forschungslage in der Schweiz laufend.

Genauere Informationen zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Stress lassen sich dem Monitoring zur psychischen Gesundheit in der Schweiz entnehmen, das sich auf die Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung stützt (vgl. Rüesch und Manzoni 2003).

Gemäss Rüesch und Manzoni (2003: 24) können Belastungen am Arbeitsplatz zu gesundheitlichen Problemen führen, wobei sich Männer am Arbeitsplatz stärker belastet fühlen als Frauen. Die häufigste Belastung stellt für Männer die enge Zusammenarbeit dar, aber auch Termindruck und laufende Neuerungen machen den Männern deutlich mehr zu schaffen als den Frauen. Nur beim Aspekt «Menschen bedienen und pflegen» sind die Frauen eindeutig stärker belastet. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen steigt die Anzahl Belastungen mit zunehmender Bildung.

Bei den Männern kann ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und der Häufigkeit von (leichten) Beschwerden festgestellt werden. Von den Männern ohne Arbeitsbelastungen haben rund drei Viertel

(76%) auch keine psychischen Beschwerden, bei den Männern mit drei und mehr Arbeitsbelastungen sind dagegen nur zwei Drittel (65%) beschwerdefrei. Frauen leiden generell häufiger unter psychischen Beschwerden als Männer, ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und psychischen Beschwerden kann bei ihnen dagegen nicht festgestellt werden.

Den Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit weisen Hämmig, Jenny und Bauer (2005) nach. Sowohl Arbeitszufriedenheit als auch Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzsicherheit korrelieren mit dem sozialen Status einer Person (vgl. Hämmig, Jenny, Bauer 2005; König, Lamprecht, Stamm 2005).

Im Laufe einer Normalbiografie erlebt eine Person eine Reihe so genannt kritischer Lebensereignisse. Darunter sind Episoden zu verstehen, die bedeutsame Konsequenzen für die Lebensplanung der betroffenen Person haben. 41% der von Meyer (2000) in seiner Schweizer Studie untersuchten Personen haben beispielsweise im Untersuchungszeitraum von zwei Jahren eine Bezugsperson verloren. Je nachdem, wie nahe einem die Person gestanden hat, wird dieses Ereignis als mittel bis sehr stressreich erlebt. Als sehr stark belastend werden ferner Trennung, Auseinandersetzungen mit engen Bezugspersonen, grosse Enttäuschungen oder Kränkungen durch eine wichtige Bezugsperson, persönliche und familiäre Krisen, starke Probleme mit einem eigenen Kind sowie das eigene Erkranken erlebt (Meyer 2000:156f.).

Gemäss Rüesch und Manzoni (2003: 26) waren 55% der Frauen und 51% der Männer über 15 Jahre in den 18 Monaten vor der Befragung mit mindestens einem kritischen Lebensereignis²⁴ konfrontiert. Dabei berichten jüngere Personen häufiger über kritische Ereignisse als ältere.

Peter C. Meyer (2000) zeigt in seiner Studie zu Rollenkonfigurationen, Rollenerwartung und Gesundheit auf, dass die Zusammenhänge mit sozialer Ungleichheit – wenn man sie detailliert betrachtet – sehr komplex sind. Interessant ist dabei folgender Befund: «Frauen mit wenig verfügbarem Einkommen (relatives Haushalteinkommen) sind in einer psychisch schlechteren Verfassung als wohlhabende Frauen. Bei den Männern besteht kein solcher Zusammenhang» (Meyer 2000: 218f.). Diesen Befund bestätigen auch König, Lamprecht und Stamm (2005) in ihren Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Auch hier zeigt sich, dass bei den Frauen ein höheres Haushalteinkommen die psychische Ausgeglichenheit positiv beeinflusst, während bei den Männern ein Zusammenhang mit höherer Bildung besteht.

Zimmermann und Weiss (2004: 44) bemerken, dass besonders in den unteren sozialen Schichten die Ressourcen einer positiven Bewältigung von Stress und Spannungsreduktion fehlen. Dementsprechend werde häufiger «zu Mitteln gegriffen, die zu gesundheitlichen Schäden führen (Rauchen, starker Alkoholkonsum, übermässige Nahrungszufuhr)». Damit hängt auch zusammen, dass die mit solchem (Fehl-) Verhalten zusammenhängenden chronischen Krankheiten häufiger auftreten, je tiefer das Bildungsniveau, das Einkommen und die berufliche Position ist. Die Autoren weisen darauf hin, dass diese Verhaltensweisen oft an besonders belastende Arbeitsbedingungen und soziale Rollen (vgl. auch Meyer 2000) gebunden seien.

Da davon ausgegangen werden kann, dass die Mechanismen zwischen Stress, Gesundheit und sozialer Ungleichheit in den verschiedenen westeuropäischen Ländern und den USA vergleichbar sind, werden im Folgenden die zentralen internationalen Befunde dargestellt.

²⁴ Krankheit oder Unfall der befragten Person, Krankheit oder Unfall einer nahe stehenden Person, Tod einer nahe stehenden Person, Trennung einer engen Beziehung, Konflikte mit nahe stehender Person, Änderung Zivilstand, Wechsel Arbeitgeber, Berufswechsel, Probleme mit eigenen Kindern.

5.3 ALLGEMEINE BEFUNDE

Stress und Kontrolle bei der Arbeit

Karasek und Mitarbeiter (1981) kamen in ihrer Studie über Männer in Schweden Anfang Achtzigerjahre erstmals zum Schluss, dass zwischen gewissen Arbeitscharakteristiken und dem Risiko für Herzinfarkt ein Zusammenhang besteht. Sie konnten aufzeigen, dass eine hektische, psychisch belastende Arbeit das Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung und des damit verbundenen frühzeitigen Todes erhöht. Fehlt die Möglichkeit, den Arbeitsprozess selbst zu kontrollieren oder zumindest mit zu beeinflussen, so steigert dies zusätzlich die Wahrscheinlichkeit, eine Herz-Kreislaufkrankung zu erleiden und daran allenfalls auch zu sterben (*Job Strain Ansatz*). Der Zusammenhang bleibt auch bestehen, wenn zusätzlich das Alter, das Bildungsniveau, das Rauchverhalten und das Körpergewicht der untersuchten Personen berücksichtigt werden. Der Befund konnte einige Jahre später für die USA bestätigt werden (Karasek et al. 1988).

In diversen Folgestudien findet sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Mangel an Kontrolle und Zeitflexibilität mit Stress. Ob eine anspruchsvolle Situation als Herausforderung oder Stress wahrgenommen wird, hängt also primär davon ab, wie sehr sich eine Person in der Lage sieht, diese zu meistern, und über welchen Freiraum sie dabei verfügt. Es ist dabei wichtig zu bemerken, dass das Gefühl, Kontrolle zu haben, sowohl eine persönliche Eigenschaft ist (vgl. Kontrollüberzeugung) als auch von der Situation abhängt (Semmer, McGrath und Beehr 2005).

Stress und berufliche Anerkennung

Ein erheblicher Risikofaktor für die Gesundheit der Arbeitenden stellt ferner das Ungleichgewicht zwischen hoher Verausgabung und vergleichsweise geringer Belohnung dar (*Effort-Reward-Imbalance*) (Siegrist 1996; Siegrist et al. 1990). Siegrist bezeichnet diesen Zustand als «distressevozierende Gratifikationskrise» und spricht dabei von einem schwer lösbaren emotionalen Konflikt (Siegrist 2005). Als besonders gravierend für die Gesundheit ist der Konflikt, wenn die Gratifikationskrise nicht nur in Form eines geringen Lohns sondern auch als blockiertes berufliches Vorankommen, keine Aussicht für Karrieremöglichkeiten, beruflichen Abstieg oder im Extremfall als Verlust des Arbeitsplatzes wahrgenommen wird (Siegrist et al. 1990).

In der Whitehall II Studie, einer gross angelegten Längsschnittdanalyse des Gesundheitszustands von Britischen Beamten, erweist sich der Effort-Reward-Imbalance Ansatz als aussagekräftiger als das Job Strain Modell (Bosma et al. 1998 zitiert nach Schwartz 2001). Die Frage, ob eine stressreiche Arbeit zu gesundheitlichen Schäden führt, ist also wesentlich davon abhängig, ob die Arbeitenden ihren Lohn und die Anerkennung ihrer Leistungen als genügend erachten.

Stress und soziale Lage

Eine weitere Studie zum Zusammenhang zwischen Stress und sozialer Lage zeigt, dass dieser Nexus auch ausserhalb der Arbeitswelt besteht. Eine sorgfältige Analyse wurde von Stronks und Mitarbeitern (1998) für die Niederlande durchgeführt.²⁵ Die Forschungsfragen entsprechen den oben aufgeführten Hypothesen.

Es wurden 2802 Personen im Alter zwischen 15 und 74 Jahren aus dem Raum Eindhoven sowohl schriftlich als auch mündlich befragt. Es handelte sich dabei unter anderem um Selbsteinschätzungen bezüg-

²⁵ Longitudinal Study on Socio-Economic Health Differences, LS-SEHD.

lich des eigenen Gesundheitszustandes, der gesundheitlichen Probleme sowie des Berufsstatus. Als Kontrollvariablen wurden das Geschlecht, das Alter, der Zivilstand, die Religion und der Urbanisierungsgrad ins Modell eingeführt.

Die Studie macht deutlich, dass die These der schichtspezifischen Exposition einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten kann (vgl. Abschnitt 5.1: Hypothese 1). Die Belastungen durch die untersuchten Lebensverhältnisse²⁶ und chronischen Probleme²⁷ sind in der unteren sozialen Schicht erheblich stärker ausgeprägt als in der oberen. Den statistisch grössten Einfluss auf die Gesundheit haben dabei finanzielle Probleme und soziale Deprivation. Die These der schichtspezifischen Vulnerabilität (Hypothese 2) konnte in der Studie allerdings nur ansatzweise bestätigt werden.

Frauenspezifischer Stress

Da in zahlreichen Studien zu Stress primär die Männer untersucht werden, soll hier exemplarisch auf eine Untersuchung über Stress bei Frauen eingegangen werden. Frauen schätzen ihr psychisches Wohlbefinden schlechter ein und sind auch durch eine höhere psychische Unzufriedenheit gekennzeichnet als Männer (vgl. König, Lamprecht, Stamm 2005).

Burke (2002) findet für erwerbstätige Frauen einen negativen Zusammenhang zwischen Stressoren (insbesondere körperliche Anstrengung und Gefährdung) und Arbeitszufriedenheit und einen positiven zwischen selbst berichteten psychosomatischen Symptomen und Krankheitstagen.

Bei Frauen in tiefen Statuspositionen und mit tieferer Bildung und geringem Einkommen führen Stressoren deutlich häufiger zu schlechtem Wohlbefinden (Arbeitsunzufriedenheit, mehr psychosomatische Symptome, Krankheitstage). Je tiefer der berufliche Status, desto tiefer ist die Arbeitszufriedenheit und desto schlechter ist die psychische und körperliche Gesundheit. Diese Frauen berichten besonders häufig von schlechten Erfahrungen bei der Arbeit wie geringer Jobsicherheit sowie stressiger, unmenschlicher oder die Gesundheit gefährdender Arbeit. Zudem leben Frauen in statustiefen Jobs besonders häufig mit der Kumulation von problematischer Arbeit und familiären/privaten Problemen.

Stress und Zivilstand

Diverse Studien kommen zum Schluss, dass Verheiratete eine höhere Lebenserwartung haben als Singles, geschiedene oder verwitwete Personen. Verheiratet zu sein, senkt die Mortalität und hat selbst einen stärkeren Einfluss auf den Gesundheitszustand als die ökonomische Lage. Es ist allerdings nicht der Fall, dass verheiratete Personen weniger Stress erleben, sie scheinen eher mit Stress anders umzugehen.

Bei den Männern ist der gesundheitlich positive Effekt des verheiratet Seins höher als bei den Frauen. Bei den Männern kann er (theoretisch) den negativen Effekt von Rauchen ausgleichen. Bei den Frauen ist der gesundheitsfördernde Effekt lediglich halb so stark. Die Autoren der Studie kommen zum Schluss, dass Arbeitslosigkeit bei Männern und ein hohes Stresslevel bei Frauen den stärksten negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben und die Sterbewahrscheinlichkeit erhöhen (Gardner und Oswald 2004).

Dass verheiratet sein einen positiven Effekt auf die Gesundheit hat, entspricht auch den Befunden der Studie von Peter C. Meyer (2000) für die Schweiz.

²⁶ Umzug, substantiell weniger Einkommen, Diebstahl oder Raub, Arbeitsplatzverlust, ernsthafte Erkrankung eines Familienmitglieds, Tod eines Familienmitglieds oder einer nahe stehenden Person, Scheidung.

²⁷ Jeweils Indices zu finanziellen Problemen, sozialer Deprivation, Wohnqualität, lang andauernden Gesundheitsproblemen oder Behinderungen bei nahen Bezugspersonen und andauernden Spannungen mit Familienangehörigen, Freunden und Nachbarn.

Stress in verschiedenen Lebensphasen

Anhand der schweizerischen Gesundheitsbefragung lässt sich zeigen, dass junge Menschen durch ein geringeres psychisches Wohlbefinden und eine geringere Ausgeglichenheit gekennzeichnet sind und auch häufiger über psychische Beschwerden berichten als die Gesamtbevölkerung (König, Lamprecht und Stamm 2005). Der Blick auf die internationale Stressforschung macht deutlich, dass das psychische Wohlbefinden in allen Phasen des Lebenslaufs von der sozialen Lage beeinflusst wird, die verschiedenen Lebensalter jedoch durch unterschiedliche Belastungen gekennzeichnet sind.

Kindheit: Siegrist (2005: 195) weist darauf hin, dass Mütter, die sozial isoliert sind oder sich in einer benachteiligten sozialen Lage befinden, häufiger Defizite im Fürsorgeverhalten gegenüber ihren Kindern aufweisen als sozial besser gestellte und integrierte Mütter. Untersuchungen zeigen, dass diese Defizite für Schwierigkeiten bei der sozialen Perspektivenübernahme und für mangelnde Empathie verantwortlich zeichnen und sich schliesslich in einer höheren Anfälligkeit für chronische Stresserfahrungen niederschlagen können.

Jugendalter: Das Jugendalter gilt aufgrund der Kumulation verschiedener Herausforderungen und Belastungen als besonders stressexponierte Phase (vgl. Steinmann 2005: 62). Dazu gehört die Bewältigung einschneidender biologischer, affektiver und kognitiver Entwicklungsschritte sowie psychosozialer Herausforderungen wie die Ablösung vom Elternhaus und die Übernahme neuer Rollen in Beruf und Freizeit. Dazu kommt, dass die moderne Familie generell stressanfälliger geworden ist (Scheidungen, Patchworkfamilie, Alleinerziehende). Schwierige soziale Verhältnisse (Armut, Migrationserfahrung) können den Stress zusätzlich erhöhen.

Alter: Dank der gestiegenen gesunden Lebenserwartung, dem Wohlstandsanstieg (Fahrstuhleffekt) und dem Ausbau des Sozialstaates ist Alter heute nicht mehr (zwangsläufig) mit Armut und Krankheit verbunden. Zwischen 65 und 80 Jahren öffnen sich für viele ältere Menschen neue Erfahrungsbereiche und Möglichkeitenräume. Ab 80 Jahren wird die Lebensqualität aber zunehmend durch Behinderungen und Verlusterfahrungen eingeschränkt. Insgesamt erweist sich das psychische Wohlbefinden und die Ausgeglichenheit im Alter als relativ hoch. Als Stress erzeugend erweisen sich insbesondere eigene schwere Erkrankungen oder Erkrankungen und Tod einer nahe stehenden Person. Im höheren Alter können Einsamkeit und soziale Isolation zu chronischen Spannungen und Depression führen (vgl. auch Steinmann 2005: 53f.).

Stress und Migrationserfahrung

Migrant/innen und Flüchtlinge sind, insbesondere dann, wenn sie aus einer Krisenregion stammen, besonders vielen Stressoren ausgesetzt. Zwischen den verschiedenen Migrantengruppen bestehen jedoch grosse Unterschiede je nach ihrer sozialen oder kulturellen Herkunft und der Länge ihres Aufenthaltes in der Schweiz. Migrant/innen aus Südeuropa, dem Balkan und der Dritten Welt stehen mit Blick auf Erwerbsstatus, Berufsstatus, Prestige und Einkommen häufig zu unterst auf der sozialen Leiter und sind sozial nur schlecht integriert (Unterschichtung). Migrant/innen aus Nord- und Mitteleuropa sowie den USA und Kanada nehmen dagegen recht häufig die oberen Plätze in der Gesellschaft ein (Überschichtung) (vgl. Stamm und Lamprecht 2005, Steinmann 2005).

Fazit

Stressbelastungen und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Konsequenzen sind nicht über alle Bevölkerungsgruppen gleich verteilt. Personen in statustiefen Positionen sind nicht nur häufiger von Stress betroffen, sie verfügen vor allem über weniger Ressourcen für eine positive Stressbewältigung.

Die Faktoren, die sich besonders stark auf die Betroffenheit und die Bewältigung von Stress auswirken, sind in den allgemeinen Ungleichheitsmerkmalen wie dem sozioökonomischen Status (wenig Bildung, tiefer Berufsstatus, prekäre Einkommensverhältnisse), dem Geschlecht, dem Alter oder dem Migrationshintergrund zu suchen. Sie liegen aber auch in den damit zusammenhängenden, mehr oder weniger sicheren und gesunden Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen, die sich in verschiedenen Formen der sozialen, kulturellen, arbeitsmarktlichen oder schulischen Integration und der persönlichen Wertschätzung sowie in unterschiedlichen Partizipations- und Einflussmöglichkeiten zeigen.

6. Soziale Ungleichheit und gesundes Körpergewicht

6.1 ALLGEMEINE BEFUNDE

Übergewicht ist in der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik eines der aktuellsten und meist-diskutierten Themen.²⁸ Die WHO spricht von einer sich global stark verbreitenden Epidemie, deren Ausmass und Konsequenzen nach wie vor unterschätzt würden (WHO 2000). Zu hohes Körpergewicht wird sowohl mit einer erhöhten Mortalität wie auch mit höherer Morbidität (z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie, koronare Herzkrankheiten, einigen Krebsarten usw.) in Verbindung gebracht (Schopper 2005, Suter 2005).

Die Frage, wann, warum und bei wem Übergewicht entsteht, ist sehr komplex (vgl. Schopper 2005, Schwarzer 2004). Fest steht, dass Übergewicht diverse Gründe und Komponenten hat. Dabei ist auch eine gewisse genetische Veranlagung empirisch nicht von der Hand zu weisen. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass bei adoptierten Kindern bezüglich ihres Körpergewichts eine engere Beziehung zu ihren biologischen Eltern als zu den Adoptiveltern besteht (Schwarzer 2004: 280).

Die Zunahme des Übergewichts in den hochentwickelten Gesellschaften ist aber letztlich auf eine vermehrte Kalorienaufnahme (häufige Aufnahme energiedichtere Nahrung, häufiger Konsum von Süssgetränken, Snacking) und einem verminderten Kalorienverbrauchs (vermehrt sitzende Tätigkeiten, vermehrte Bewegungsarmut) zurückzuführen (Schopper 2005). Übergewicht hat also auch sehr viel mit Verhalten zu tun und kann nicht nur auf Persönlichkeitsmerkmale, sondern auch auf die soziale Lage und das Milieu zurückgeführt werden. Sobal und Stunkard (1989) finden in ihrer Übersicht über 144 Studien zum Zusammenhang zwischen Übergewicht und dem sozioökonomischen Status für die Frauen in entwickelten Ländern eine stark inverse Beziehung: Je tiefer das Haushaltseinkommen und die Bildung, desto grösser ist der Anteil Frauen mit Übergewicht. Die Autoren führen als Erklärung dafür schichtspezifische Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten sowie Vererbung auf. Bei den Männern und Kindern finden sie indes keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Gewicht und sozialer Lage.

Ball und Crawford (2005) knüpfen an diesem Befund an und fragen, wie es sich denn mit der Gewichtsveränderung in den verschiedenen sozialen Schichten verhält. Sie vergleichen 34 Studien zu Gewichtsveränderungen über die Zeit in entwickelten Gesellschaften. Dabei stellen sie fest, dass auch hier eine relativ konstante inverse Beziehung zwischen sozioökonomischem Status – gemessen als Bildung und/oder Einkommen und/oder Beschäftigung – und Gewichtszunahme sowohl bei Frauen als auch bei Männern besteht. Interessanterweise gilt diese Beziehung jedoch nur für Menschen weisser Hautfarbe. Für Schwarze besteht diesbezüglich kein eindeutiger Zusammenhang.

Der Zusammenhang zwischen Übergewicht und sozialer Lage findet sich in allen hoch entwickelten Gesellschaften. Dabei gehen die verschiedenen Autoren einig, dass die gesundheitlichen wie auch ökonomischen Auswirkungen der Zunahme von Übergewicht sich in Zukunft drastisch verschärfen werden. Chopra et al. (2002) schätzen, dass im Jahre 2020 zwei Drittel aller Krankheiten mit Fehlernährung in Zusammenhang stehen. Gemäss den Angaben des Centers for Disease Control and Prevention ist in den USA gegenwärtig jede dritte erwachsene Person stark Übergewichtig (BMI 30+). Dabei sind Personen mit einem tiefen sozioökonomischen Status klar häufiger von Adipositas betroffen als Personen mit einem hohen Status (Angaben unter www.cdc.gov, Zugriff im 8/2005).

²⁸ Der allgemein anerkannte Parameter zur Klassifikation des Körpergewichts ist der Body Mass Index (BMI). Er berechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht in Kilogramm und dem Quadrat der Körpergrösse in Metern (kg/m²). Die Kategorien für Personen über 18 Jahren werden dabei von der WHO wie folgt festgelegt: Untergewicht: BMI unter 18,5, normales Körpergewicht: BMI zwischen 18,5 und 24,9, Übergewicht: BMI zwischen 25 und 29,9, Fettleibigkeit (Adipositas): BMI 30 und mehr.

6.2 BEFUNDE AUS DER SCHWEIZ

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind in der Schweiz 37% der gesamten Wohnbevölkerung im Alter von über 14 Jahren übergewichtig. Der Anteil an Personen mit Übergewicht steigt mit zunehmendem Alter an. In sämtlichen Altersgruppen sind die Männer zudem mehr von Übergewicht und Adipositas betroffen als die Frauen. Auch in der Schweiz besteht ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen Übergewicht und sozialem Status. Personen mit tiefer Bildung, einer tieferen Berufsstellung und einem geringeren Haushaltseinkommen sind häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als besser gestellte Personen. Mit Blick auf die Bildung und das Haushaltseinkommen lässt sich der soziale Gradient auch in den mittleren Statuslagen erkennen. Unterschiede finden wir ferner auch zwischen der Schweizer und der ausländischen Wohnbevölkerung (vgl. Tabelle 6.1).

Bei den vorliegenden Zahlen muss kritisch angemerkt werden, dass die Angaben aus der Gesundheitsbefragung auf Selbstangaben während eines telefonischen Interviews beruhen. Studien belegen, dass Adipositas auf diese Weise eher unterschätzt wird (Schutz und Woringer 2002). Schutz und Woringer (2002) weisen in ihrem Überblicksartikel für die Schweiz auf das mangelnde Vorhandensein repräsentativer Studien und reliabler Datensätze mit – im Idealfall von einer Fachperson – gemessenen Angaben zu Körpergewicht und Grösse hin.

Ungeachtet dieser methodischen Einwände weist eine Reihe von Studien zum Übergewicht in der Schweiz darauf hin, dass in unteren sozialen Lagen höhere BMI Werte gemessen werden (Eichholzer und Camenzind 2003, Rickenbach et al. 1993, Exl et al. 2001). Eichholzer (2003) differenziert diese Aussage weiter nach Geschlecht. Für das Bildungsniveau kann sie anhand bivariater Analysen für Frauen einen signifikant inversen Zusammenhang aufzeigen (vgl. auch Bernstein et al. 1996). Bei den Männern sind es diejenigen mit mittlerem Bildungsniveau, welche die höchsten Prozentsätze an übergewichtigen Personen aufweisen. Des weitern sind ausländische Männer häufiger von Übergewicht betroffen als Schweizer. Regionale Unterschiede findet Eichholzer hingegen keine.

Tabelle 6.1

Körpergewicht nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Schweizer Wohnbevölkerung (in Prozent)

		Unter- gewicht	Normal- gewicht	Über- gewicht	Adipo- sitas
Gesamte Wohnbevölkerung		4.2	58.7	29.4	7.7
Geschlecht	Frauen	6.4	64.3	21.8	7.5
	Männer	1.8	52.7	37.5	7.9
Altersgruppen	18–34 Jahre	6.3	70.4	19.4	3.9
	35–49 Jahre	3.0	59.3	29.9	7.8
	50–64 Jahre	1.9	49.3	37.8	11.0
	65+ Jahre	2.8	46.5	39.8	10.9
Bildung	Obligatorische Schule	6.3	55.3	29.5	9.0
	Sekundarstufe II	3.6	59.3	29.2	7.9
	Tertiärstufe	3.2	61.2	30.5	5.1
Nationalität	Schweizer Wohnbevölkerung	4.5	59.5	28.6	7.4
	Ausländische Wohnbevölkerung	2.9	55.3	33.0	8.8
Haushalts- einkommen	bis CHF 3000.–	3.8	55.1	31.3	9.8
	CHF 3000.– bis 4499.–	3.3	57.2	32.0	7.6
	CHF 4500.– bis 5999.–	3.1	60.3	29.9	6.8
	CHF 6000.– und höher	3.1	64.6	26.2	6.0
Sozioprofessionelle Kategorien	an- u. ungelernte manuelle Berufe	1.8	49.4	37.0	11.8
	Qualifizierte manuelle Berufe	2.0	53.3	34.9	9.8
	Kleinunternehmer	2.3	52.0	36.3	9.4
	Büroangestellte, andere nicht manuelle B.	5.1	61.5	26.0	7.4
	Höherqual. nicht manuelle B./mittleres Kader	4.0	63.4	27.0	5.7
	Höhere Führungskräfte, freie Berufe	3.4	58.5	32.0	6.1

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 17 816 < n < 18 891 (CH) (eigene Berechnungen).

Untergewicht: BMI < 18.5; Normalgewicht: 18.5 ≤ BMI < 25; Übergewicht: 25 ≤ BMI < 30; Adipositas: 30 ≤ BMI.

In den letzten Jahren wurde in der Schweiz auch eine Reihe von Studien zur Verbreitung des Übergewichts und der Adipositas von Kindern und Jugendlichen, die in der Schweizer Gesundheitsbefragung nicht erfasst werden, durchgeführt (vgl. die Übersicht bei Schopper 2005: 23). Dabei zeigt sich, dass etwa ein Fünftel aller 6- bis 12-Jährigen übergewichtig ist. Die Adipositätsrate liegt je nach Messung zwischen 3.7 und 7.4 Prozent. Vergleiche mit älteren Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass die Übergewichtsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren klar zugenommen haben.

Buddeberg-Fischer findet in ihrer Studie von 14- bis 19-Jährigen zwar keine Unterschiede bezüglich Geschlecht und Alter in den Gewichtsklassen. Es zeigt sich allerdings auch hier, dass mehr junge Frauen mit niedrigem sozialem Status eher übergewichtig, und weibliche Jugendliche mit höherem Status eher untergewichtig sind. Auch bei den jungen Männern findet sich ein Unterschied in Bezug auf Übergewicht: ein höherer Prozentsatz von adipösen männlichen Jugendlichen gehört dem niedrigeren sozialen Status an (Buddeberg-Fischer 2000, 2002).

6.3 GRÜNDE FÜR DIE SCHICHTSPEZIFISCHE VERTEILUNG VON GESUNDEM KÖRPERGEWICHT

Übergewicht ist, kurz gesagt, das Resultat einer längeren unausgeglichene Energiebilanz. Es wird mehr Energie aufgenommen, als vom Organismus benötigt wird. Der effektive Prozess ist allerdings sehr viel komplexer (vgl. WHO 2000). Fest steht jedoch, dass die epidemieartige Zunahme von Personen mit Übergewicht primär mit Veränderungen in der Umwelt und mit den sich daraus ergebenden Verhaltensänderungen zusammenhängt. Die Zunahme geschah zu schnell, als dass sie auf eine genetische Veränderung zurückgeführt werden könnte (WHO 2000: 101). Von Interesse für uns ist, dass die Zunahme an übergewichtigen Personen nicht in allen sozialen Gruppen gleich stark ausfällt (vgl. Ball und Crawford 2005).

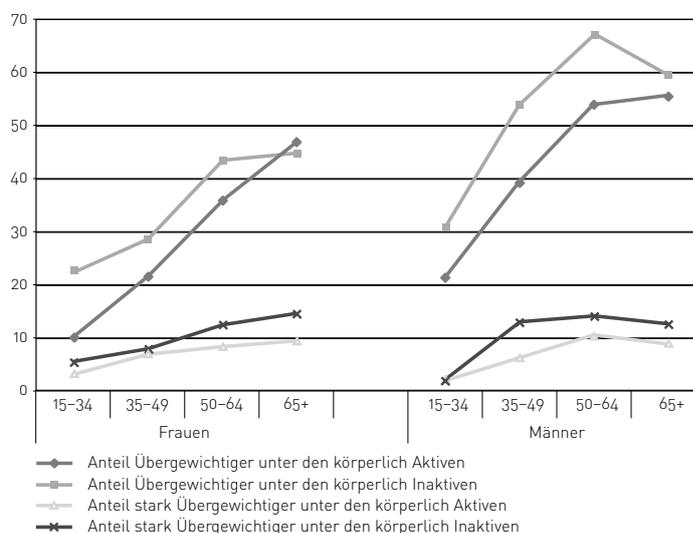
Es gibt ein ganzes Bündel an Theorien und Ansätzen, die zu erklären versuchen, weshalb Übergewicht in sozial benachteiligten Gruppen häufiger vorkommt. Die Argumentationslinien reichen von genetischer Disposition und Fehlernährung bis zu schichtspezifischem Mangel an Bewegung im Alltag und sportlicher Aktivitäten in der Freizeit.

Anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung konnte beispielsweise gezeigt werden, dass das Körpergewicht mit dem Bewegungsverhalten korreliert: Von den Personen, welche die Bewegungsempfehlungen des Bundesamtes für Sport erfüllen, sind 31% übergewichtig (6% sind stark übergewichtig), bei den Inaktiven ist dies bei 44% der Fall (11% mit starkem Übergewicht) (vgl. Lamprecht und Stamm 2005). Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Übergewicht findet sich auf allen Altersstufen bis 64 Jahre (vgl. Abbildung 6.1). Bei den älteren Personen zeigt sich der Unterschied zwischen Aktiven und Inaktiven nur noch bei starkem Übergewicht.

Gleichzeitig wissen wir aus verschiedenen Studien zu Sport und Bewegung, dass das Aktivitätsniveau mit dem sozialen Status deutlich ansteigt. So zeigen Personen mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau sowie einem überdurchschnittlichen Haushaltseinkommen ein besseres Bewegungsverhalten als Personen aus tieferen sozialen Lagen. Ein unterdurchschnittliches Bewegungsniveau weist zudem die ausländische Wohnbevölkerung auf, wobei sich besonders hohe Bewegungsdefizite bei den 15- bis 34-jährigen Ausländerinnen zeigen (vgl. Lamprecht und Stamm 2005).

Abbildung 6.1

BMI und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Alter



Quelle: Lamprecht und Stamm [2005].

Datenquelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 18 506.

Es findet sich in der Literatur eine Reihe weiterer Befunde und Erkenntnisse, die für die Ungleichverteilung von Übergewicht in der Bevölkerung mitverantwortlich sind bzw. sein können.

Die heute weit verbreiteten Fertig- und Halbfertiggerichte sind auf Schmackhaftigkeit ausgerichtet. Dies wird durch Fett, Salz und Zucker erreicht. Das Problem von süsser und fettiger Nahrung ist in der Regel, dass sie zwar sehr energiedicht ist, jedoch kein Sättigungsgefühl vermittelt (Anderson 1995). Bei stark übergewichtigen Frauen konnte eine Vorliebe für Fettiges und Süßes beobachtet werden (Drewnowski 1994 in WHO 2000). Durch die Veränderung der Lebensumstände wird häufiger unterwegs gegessen, und auch zu Hause wird weniger Zeit auf die Zubereitung von Mahlzeiten verwendet. Dies führt allgemein zu einem höheren Konsum von energiedichten (Halb-)Fertiggerichten (WHO 2000).

Die Kosten von energiedichterer Nahrung sind tiefer. Zusammenfassend lässt sich sagen: Je energiedichtere die Nahrungsmittel, desto weniger kosten sie. Zudem werden «ungesunde» Nahrungsmittel auch besonders stark beworben. Die Zubereitung von gesundem Essen erfordert Geld und Zeit. Personen mit geringen finanziellen und zeitlichen Ressourcen wählen deshalb häufig günstige und somit energiedichte Nahrung und vergleichsweise seltener frisches Gemüse und Früchte. Dieses schichtspezifische Einkaufs- und Essverhalten dürfte einen nicht unwesentlichen Einfluss auf das erwiesenermassen höhere Risiko für Übergewicht und Adipositas bei einkommensschwächeren Gruppen haben (Schopper 2005).

Schopper (2005:31) verweist auf eine Reihe von Studien, die zum Schluss kommen, dass Stillen mit einem niedrigeren Risiko verbunden ist, im Jugendalter übergewichtig zu werden. Dies ist insofern eine interessante und wichtige Erkenntnis, als erwiesen ist, dass übergewichtige Jugendliche in der Regel lebenslanglich mit Gewichtsproblemen zu kämpfen haben (Schwarzer 2004). Die WHO-Richtlinie bezüglich der Stilldauer beläuft sich auf 6 Monate. Dies wird in der Schweiz jedoch eher selten umgesetzt. Nur jede vierte Mutter stillt ihr Kind während eines halben Jahres. Frauen mit tiefer Schulbildung und Frauen mit Übergewicht stillen zudem weniger lang (Schopper 2005: 31).

In einzelnen Studien konnte bei Kindern und Jugendlichen zudem ein Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und Übergewicht gemessen werden: Der BMI steigt mit den Stunden, die täglich vor dem Fernseher verbracht werden. Für diesen Zusammenhang dürften der Bewegungsmangel, das verbreitete Snacking beim Fernsehen und der Einfluss der Fernsehwerbung, die von Süßgetränken, Snacks und Fast-Food-Restaurants dominiert wird, verantwortlich sein (Schopper 2005). Da der Fernsehkonsum vom Herkunftsmilieu mitgeprägt ist, ist der Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und Übergewicht möglicherweise auch ein versteckter «Ungleichheitseffekt». Zumindest scheinen sich hier verschiedene negative bzw. positive Settings und Verhaltensweisen gegenseitig zu verstärken.

Übergewicht bedeutet jedoch nicht nur gesundheitliches Risiko. Es gibt eine Reihe von Studien, die aufzeigen wie insbesondere stark übergewichtige Personen im gesellschaftlichen, beruflichen und sozialen Leben diskriminiert werden (WHO 2000). «Diese gesellschaftliche Reaktion kann zu Minderwertigkeitsgefühlen und Essstörungen führen. Insbesondere *binge eating* (Essattacken) tritt bei schwer übergewichtigen Personen gehäuft auf» (Schopper 2005: 34f.). Die sozialen und psychischen Konsequenzen des Übergewichts können also in einen Teufelskreis führen: Das Übergewicht beeinflusst die soziale Stellung und die soziale Stellung erhöht wiederum das Risiko für Übergewicht.

Fazit

In der Schweiz wie in anderen hochindustrialisierten Ländern haben Übergewicht und Adipositas in den letzten Jahren stark zugenommen. Dies gilt sowohl für die erwachsene Bevölkerung als auch für Kinder und Jugendliche. Während Körperfülle in Knappheitsgesellschaften ein Privileg der Reichen war, betrifft Übergewicht in der modernen Wohlstands- und Konsumgesellschaft vor allem sozial schlechter gestellte Personen.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Position und gesundem Körpergewicht erklärt sich aus einem unterschiedlichen Ernährungs- und Bewegungsverhalten, aber auch aus strukturellen Faktoren wie der schlechteren Verfügbarkeit und den höheren Kosten von gesunder Ernährung. Eine gesunde Ernährung verlangt mehr finanzielle und zeitliche Ressourcen.

Übergewicht ist nicht nur ein gesundheitliches Risiko, es wird mehr und mehr auch zu einem sozialen Stigma, an dem sich neue Diskriminierungen festmachen lassen.

7. Interventionen: Ansatzpunkte und mögliche Partner

7.1 PROBLEMSTELLUNG UND ANSATZPUNKTE

Zahlreiche Studien machen deutlich, dass in den Europäischen Ländern wie auch in den USA die Gesundheit einer Person (auch) von ihrer sozialen Lage abhängt. Fragt man sich, was zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit getan werden kann, so lassen sich prinzipiell zwei Strategien unterscheiden:

- Die soziale Ungleichheit kann reduziert werden.
- Der Gesundheitszustand von sozial benachteiligten Personen kann verbessert werden.

Der erste Ansatzpunkt setzt gewissermassen bei den Wurzeln des Problems an. Dabei verlassen wir jedoch das Territorium der eigentlichen Gesundheitspolitik und begeben uns auf das Gebiet der Sozialpolitik. Es stellt sich die Frage, ob sich die Gesundheitsförderung sich für eine progressivere Besteuerung, für existenzsichernde Mindestlöhne, für Ausländerintegration etc. einsetzen soll und kann. Es ist aber sicherlich notwendig, dass sich die Gesundheitsförderung ihrer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst ist und die strukturellen Effekte nicht zugunsten pragmatischer Interventionen ausblendet.

Nicht von ungefähr wird in aller Regel die zweite Strategie verfolgt. Gemäss Macintyre (1997, zitiert nach Mielck 2000: 375) beziehen sich die meisten Vorschläge zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit auf die Änderung des Gesundheitsverhaltens in der unteren sozialen Schicht. Mackenbach und Gunning-Schepers (1997) haben zwar darauf hingewiesen, dass gesundheitliche Ungleichheit auch egalisiert werden kann, wenn die höheren sozialen Lagen mehr gesundheitliche Probleme bzw. ein schlechteres Gesundheitsverhalten hätten. Auch in diesem Fall würde sich die Ungleichheit zwischen oben und unten verringern. Mackenbach und Gunning-Schepers räumen dabei allerdings ein, dass ein solches Vorgehen weder politisch noch ethisch zu vertreten wäre. Dieser Einschätzung kann zweifellos zugestimmt werden.

Die Komplexität des Themas macht die Umsetzung einer allgemeinen Strategie in konkrete Massnahmen schwierig und führt dazu, dass die konkreten Empfehlungen für Interventionen häufig sehr allgemein und unverbindlich formuliert sind. Die Empfehlungen lauten dann beispielsweise, man soll die Wohn- und Arbeitsbedingungen der unteren sozialen Schichten verbessern. Angesichts der Komplexität des Themas scheinen sowohl Wissenschaftler als auch Politiker oft in Passivität zu erstarren.

Whitehead (1997) nennt in ihrer Dissertation fünf Punkte wie zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten beigetragen werden könnte:

- Allgemeinverständliche und «politiknahe» Präsentation von empirischen Ergebnissen zur gesundheitlichen Ungleichheit.
- Vertiefung des Verständnisses über Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit.
- Evaluation von Massnahmen, die zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen.
- Wiederholung von erfolgreichen Massnahmen in anderen Regionen.
- Prüfung von geplanten bzw. durchgeführten gesundheitspolitischen Massnahmen auf ihren Einfluss auf die gesundheitliche Ungleichheit.

Dieses formale 5-Punkte-Programm macht sehr gut die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Forderungen deutlich. Das prinzipielle Vorgehen ist zwar unbestritten, die konkreten Massnahmen bleiben aber abstrakt oder vage.

Die bisherigen Bemühungen zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit geschahen primär auf nationaler Ebene, und ausser den englischen Strategien (Townsend und Davidson 1982) wurden die Interventionen und ihr Output kaum international diskutiert. Aus diesem Missstand wurde ein Europäisches Netzwerk²⁹ gegründet, in welchem die verschiedenen nationalen Bestrebungen zur Minderung der sozia-

²⁹ Beteiligt sind die folgenden Länder: England, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Litauen, die Niederlande, Spanien und Schweden.

len Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit systematisch analysiert und diskutiert werden sollen (Mackenbach und Bakker 2002). Die Schweiz ist in diesem Netzwerk (noch) nicht vertreten.

Es zeigt sich, dass es sich – selbst wenn der politische Wille explizit besteht – als schwierig erweist, Interventionsprogramme durchzuführen und ihre Wirkung wissenschaftlich zu evaluieren. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit äusserst komplex ist (vgl. Mackenbach und Bakker 2003).

Ein guter und unterstützenswerter Ansatzpunkt bietet in diesem Zusammenhang die von der WHO geförderte Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Health Impact Assessment), die analog zur Umweltverträglichkeitsprüfung Strategien, Programme und Projekte im Hinblick auf mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung überprüft. Die WHO fordert dabei explizit eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, die sich am Prinzip der Chancengleichheit orientiert (WHO 2002). Das heisst, die Interventionen sollen danach überprüft werden, inwieweit sie zu einem Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen. Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sind auch in der Schweiz ein Thema. Der Kanton Tessin will zukünftig Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen durchführen.

Bezüglich möglicher Ansatzpunkte für Interventionen steht fest, dass es unumgänglich ist, die verschiedenen Lebensphasen (Kleinkind, Jugend, Eintreten ins bzw. Austreten aus dem Erwerbsleben etc.) und Lebensbereiche (Schule, Arbeitsplatz, Wohnraum etc.) in den Interventionsprogrammen mit zu berücksichtigen. Die zentrale – auch für Interventionsprogramme gegen Stress und Übergewicht gültige – Aussage ist dabei, dass die verschiedenen (strukturellen) Rahmenbedingungen berücksichtigt werden müssen. Dies gilt sowohl mit Blick auf die Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit (hier vermag das Erklärungsmodell in Kapitel 4 verschiedene Ansatzpunkte und mögliche Wirkungen zu unterscheiden), als auch für die Durchführung der eigentlichen Intervention. Für letztere kann das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz beigezogen werden. Als Outcome wäre dann die Verbesserung des Gesundheitszustands benachteiligter Bevölkerungsgruppen und in der Folge die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit einzusetzen.

Mackenbach und Bakker (2003) weisen auf eine weitere Problematik in Bezug auf Interventionskampagnen hin: Viele Interventionen sind kleinräumig angelegt, was zusätzlich erschwert, den Erfolg der Kampagne oder des Projektes zu messen. Es empfiehlt sich deshalb, nach Möglichkeit Ressourcen zu bündeln und bereits bei der Planung einer Kampagne an die Evaluierbarkeit zu denken (vgl. dazu auch Kapitel 10).

Im Folgenden werden einige nationale und internationale Akteure aufgeführt, die es sich (unter anderem) zum Ziel gesetzt haben, die soziale Ungleichheit im Zusammenhang mit Stress oder Übergewicht zu reduzieren. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll aufzeigen, wie viele unterschiedliche Projekte und Organisationen es in diesem Gebiet bereits gibt, die sich allenfalls auch als Austausch- oder Koalitionspartner anbieten würden. Konkrete Programme werden in den folgenden Kapiteln zu Interventionen gegen Stress (Kapitel 8) und Übergewicht (Kapitel 9) dargestellt.

7.2 NATIONALE (AUSTAUSCH-)PARTNER

In den Grundlagenberichten «Psychische Gesundheit – Stress» (Steinmann 2005: 139ff.) sowie «Gesundes Körpergewicht» (Schopper 2005: 99ff.) finden sich Zusammenstellungen von öffentlichen und privaten Akteuren sowie Projekten in den Bereichen «Stressprävention» und «Körpergewicht, Bewegung, Ernährung». Die Durchsicht der beeindruckenden Übersicht sowie eigene Recherchen zeigen, dass in der Schweiz kein Akteur existiert, der sich vordringlich mit Fragen zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit, Chancengleichheit und Gesundheit befasst. Auf der einen Seite existieren viele Akteure, die

sich mit Gesundheitsfragen in den Bereichen «Stressprävention» und «Körpergewicht, Bewegung, Ernährung» beschäftigen und dabei auch mit Fragen zur sozialen Ungleichheit und Chancengleichheit konfrontiert sind. Auf der anderen Seite gibt es soziale Institutionen, die sich mit alten und neuen Ungleichheiten befassen und sich dabei auch mit der gesundheitlichen Ungleichheit auseinandersetzen müssen.

Zu den wichtigen Akteuren im Bereich «Stressprävention» und «Körpergewicht, Bewegung, Ernährung», die auch einen mehr oder weniger starken Bezug zur Chancengleichheitsfrage haben, gehören insbesondere:

- Bundesamt für Gesundheit: www.bag.admin.ch
- Bundesamt für Sozialversicherung: www.bsv.admin.ch
- Bundesamt für Statistik (Gesundheitsobservatorium für wissenschaftliche Grundlagen): www.obsan.ch
- Schweizerische Adipositasstiftung (SAPS): www.adipositas-stiftung.ch
- Schweizerische Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter: www.akj-ch.ch
- Schweizerische Gesellschaft für Ernährung: www.sge-ssn.ch
- Netzwerk Gesundheit und Ernährung: www.nutrinet.ch
- Netzwerk Gesundheit und Bewegung: www.hepa.ch
- Schweizerische Gesundheitsstiftungs (RADIX): www.radix.ch

Zu den sozialen Akteuren, die in ihren Projekten und Interventionen auch häufig einen Bezug zur gesundheitlichen Ungleichheit haben, gehören:

- Caritas Schweiz: www.caritas.ch
- Pro Juventute Schweiz: www.projuventute.ch
- Pro Familia: www.profamilia.ch
- Pro Senectute: www.pro-senectute.ch
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK): www.redcross.ch

7.3. INTERNATIONALE (AUSTAUSCH-)PARTNER

Während es in der Schweiz keine nationalen oder regionalen Organisationen und Akteure gibt, die sich vornehmlich mit Chancengleichheit und Gesundheit (bzw. «gesundes Körpergewicht», «Psychische Gesundheit – Stress») befassen, sind auf internationaler Ebene in den letzten Jahren einige viel versprechende Initiativen und Netzwerke entstanden. Dazu gehören:

International Society for Equity in Health, USA (ISEqH): www.iseqh.org

Die International Society for Equity in Health (ISEqH) hat sich zum Ziel gesetzt, sich für Gleichheit in der Gesundheit und im Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitssystems einzusetzen. Dieses Ziel soll mittels Bildung, Forschung, Öffentlichkeitsarbeit und gemeinnützigen Aktionen erreicht werden. Dabei sind Austausch und Zusammenarbeit mit ähnlichen regionalen wie auch internationalen Organisationen explizit vorgesehen.

Implementing Mental Health Promotion Action (IMHPA): www.imhpa.net

Die IMHPA ist ein Netzwerk von 20 Partnern in europäischen Ländern.³⁰ Das Netzwerk wird finanziell von der EU, vom holländischen Gesundheitsministerium und dem finnischen Wohlfahrtsstaatsministerium getragen. Das Netzwerk hat sich zum Ziel gesetzt, die Entwicklung und Anwendung von Interventionen zu psychischen Problemen zu unterstützen.

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP): www.enwhp.org**The Institute for Work & Health,** Kanada: www.iwh.on.ca**Job Stress Network,** USA: www.workhealth.org**Plattform Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten,** Deutschland: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de**WHO Regionalbüro Europa:** www.euro.who.int**WHO International,** insbesondere die «Commission on Social Determinants of Health»: www.who.int/social_determinants/en**Fazit**

Sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene fehlen umfassende Konzepte oder Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Aufgrund der Komplexität des Themas sind die Empfehlungen für konkrete Interventionen relativ abstrakt und unverbindlich formuliert. Als besonders Erfolg versprechend gelten Settingansätze, die Veränderungen in konkreten Lebensbereichen wie Schule, Arbeitsplatz, Wohnraum, Familie anstreben und dabei auch kritische Lebensphasen und Lebensübergänge problematisieren.

Auf internationaler Ebene beginnt man sich zumindest über die prinzipiellen Zielsetzungen einig zu werden, und in den letzten Jahren entstanden auch Organisationen und Netzwerke, die sich vordringlich mit gesundheitsbezogener Chancengleichheit befassen. Auf nationaler Ebene kann dagegen noch kein entsprechender Akteur ausgemacht werden. Was es in der Schweiz gibt, sind einerseits Organisationen im Gesundheitsbereich, die sich auch für soziale Ungleichheit interessieren, andererseits soziale Organisationen, die sich auch mit Gesundheitsfragen beschäftigen.

³⁰ Die Schweiz ist in diesem Netzwerk nicht integriert.

8. Interventionsansätze mit Blick auf psychische Gesundheit – Stress

Es hat sich gezeigt, dass eine stressreiche Arbeitssituation ohne adäquate Entlohnung und Autonomiebereiche, die Kumulation von andauernden Stressoren sowie kritische Lebensereignisse für die Gesundheit als besonders belastend bezeichnet werden müssen (vgl. insbesondere Kapitel 5 sowie Steinmann 2005). Dies bedeutet, dass Stress durch Probleme auf der persönlichen wie auch auf der strukturellen Ebene verursacht wird. Dem entsprechend muss auch bei den Interventionsprojekten sichergestellt werden, dass sie auf der richtigen Ebene ansetzen, um ihr Ziel bzw. ihre Zielgruppe erreichen zu können. Dies ist besonders dann von Belang, wenn es darum geht, die soziale Ungleichheit zu reduzieren. Ein noch so erfolgreiches Programm müsste als Misserfolg gewertet werden, würde nicht die intendierte (besonders problematische oder benachteiligte) Zielgruppe erreicht. Diesen Grundsatz gilt es auch bei der Evaluation von Interventionskampagnen zu beachten (vgl. Kapitel 10).

Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz eignet sich für die Ortung und Einbettung der Programme besonders gut. Im Folgenden werden kurz einige bestehende oder abgeschlossene Interventionsprogramme dargestellt.

8.1 INTERVENTIONSANSÄTZE AUF INDIVIDUELLER EBENE

Eine Vielzahl von Interventionsprojekten versucht das Bewusstsein, die Handlungen oder bestimmte Ressourcen von Personen zu beeinflussen oder zu verändern (Ebene C3 des Ergebnismodells).

- Förderung der Stressbewältigungskompetenz: Es gilt, die personalen Ressourcen zu stärken, damit überraschend eintretende Ereignisse besser verarbeitet werden können und mit konstanten Stressfaktoren besser umgegangen werden kann.

In diesem Bereich können exemplarisch eine Reihe von Projekten und Aktionen der Caritas Schweiz und der Pro Juventute aufgeführt werden. Sie alle unterstützen sozial und/oder finanziell schwache Personen. Direkt oder indirekt können auf diese Weise besonders stressreichen und damit gesundheitsbelastenden Situationen vorgebeugt oder bereits bestehende etwas entschärft werden. Das Angebot reicht von Überbrückungskrediten über den Verkauf günstiger Lebensmittel bis zu Vergünstigungen für kulturelle Veranstaltungen für Deprivierte. Damit werden den Forderungen von Zimmermann und Weiss Rechnung getragen: «In Krisensituationen und bei sozial isolierten Menschen können Massnahmen zur sozialen Unterstützung kurzfristig nicht nur Erkrankungen verhindern, sondern mittelfristig ebenfalls den sozialen Abstieg» (Zimmermann und Weiss 2004: 66).

Die folgenden Projekte der Caritas Schweiz tragen zum Abbau von psychosozialen Stress bei sozial benachteiligten Personen bei:

- Allein erziehen – kein Kinderspiel: Vielfältige spezifische Angebote für allein erziehende Eltern.
- Caritas-Markt: Einkaufsläden für Menschen mit einem knappen Budget.
- Mit Mir: Eine Gotte oder ein Götti für Kinder aus Familien mit einem Engpass.
- FlicFlac-Stellennetz: Flic-Flac vermittelt Arbeitseinsätze auf Zeit für Langzeitarbeitslose.
- Überbrückungshilfe der Caritas: Mit finanzieller Überbrückungshilfe entlastet Caritas Einzelpersonen und Familien in Not.
- Was tun, wenn man Schulden hat? Die Caritas-Berater helfen aus der Schuldenfalle.
- Hier muss niemand einsam sein: C.A.R.E. steht seit 25 Jahren im Dienst von sozial Benachteiligten.
- Mehr als ein Restaurant: Der «Espace des Solidarités» bietet ein vielfältiges Angebot.
- Kultur auch für sozial Schwächere: Die «Kulturlegi Winterthur» bietet zahlreiche Vergünstigungen.

Auch die Pro Juventute unterstützt Personen in stressreichen Lebenslagen:

- Familienhilfe: Unterstützungsleistungen unterschiedlichster Art für Familien in bescheidenen finanziellen Verhältnissen.
- Finanzielle Überbrückungskredite für Kinder, Jugendliche und Familien.
- Unser Baby: Dieser kostenlose Ratgeber richtet sich an tamilisch, albanisch, türkisch, serbisch oder kroatisch sprechende Eltern in der Schweiz. Die Broschüre gibt jeweils praktische Ratschläge zur Pflege, Ernährung und Entwicklung von Säuglingen.

Im Zusammenhang mit dem Projekt «The good practices» des EuroHealthNet wurden eine Reihe von Massnahmen in verschiedenen Ländern dokumentiert und evaluiert. Einige Interventionsprogramme hatten explizit die Förderung von «Stressmanagement» im Fokus. Als Beispiel kann das folgende Projekt gelten:

- Incomplete Family and Stress: Das Projekt aus Tschechien hat zum Ziel, allein erziehende Frauen zu unterstützen. Insbesondere sollen Frauen mit psychischen Problemen, welche durch eine Scheidung oder Verwitwung verursacht wurden, sowie Personen mit wenig sozialer Unterstützung und Personen mit tiefem sozialem Status angesprochen werden.

8.2 INTERVENTIONSANSÄTZE AUF GESAMTGESELLSCHAFTLICHER EBENE

Wie einleitend zu Kapitel 7 festgehalten wurde, kann der Hebel allerdings auch direkt bei der sozialen Ungleichheit selbst angesetzt werden. Der Balzanpreisträger und Vorsitzende der Commission on Social Determinants of Health der WHO Michael Marmot plädiert eindringlich für eine Reduktion der sozialen Ungleichheit (Marmot 2004a, 2004b, 2005). Wegen der begrenzten Wirksamkeit von Aufrufen zur Veränderung des individuellen Verhaltens, empfehlen Wilkinson und Marmot (1998) die Änderungen der Umweltbedingungen, so dass gesündere Verhaltenweisen erleichtert werden.

Zimmermann und Weiss (2004) fordern systematische Unterstützung besonders Stress ausgesetzter Personengruppen wie z.B. Hilfe für allein erziehende Mütter (Überbrückungskredite, Bereitstellung von (vor)schulischen Betreuungsmöglichkeiten, vermehrt Anbieten/Fördern von qualifizierten Teilzeitstellen etc.).

In diversen Studien werden für die Reduktion der sozialen Ungleichheit und von Stress eine Reihe von Interventionsmassnahmen abgeleitet, die hier kurz aufgeführt werden sollen.

- Entspannung der Beschäftigungssituation (z.B. durch Flexibilisierung der Lebensarbeitszeit und der Altersgrenze, Schaffung von Bildungsguthaben etc.).
- Sicherung der Sozialhilfen (bzw. Anpassung an Bedarf).
- Möglichkeiten für den Wiedereinstieg in die Berufswelt schaffen.
- Förderung von sozialen Netzwerken.
- Förderung von Anlaufstellen für Personen in akuten Stresssituationen.
- Unterstützung der Berücksichtigung der Work-Life-Balance in Betrieben.
- Unterstützung familienfreundlicher Betriebe/Arbeitszeiten etc.

Fazit

Interventionsansätze im Bereich «Psychische Gesundheit – Stress» können sowohl bei der Stressbewältigung als auch bei den Schutzfaktoren ansetzen. Mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit sind die Interventionen auf die Förderung der Stressbewältigungskompetenz und die Unterstützung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen sowie auf die Veränderungen von krankmachenden Umweltbedingungen (möglichst stressfreie Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen) gerichtet.

Selbst auf internationaler Ebene konnten keine evaluierten Projekte gefunden werden, die mit Blick auf die psychische Gesundheit zu einem nachweisbaren Abbau von sozialer Ungleichheit geführt hätten.

9. Interventionsansätze bezüglich gesundes Körpergewicht

In der Schweiz wie auch in den anderen hoch entwickelten Gesellschaften wird das Problem der zunehmenden Anzahl Personen mit Übergewicht und Adipositas sehr ernst genommen (vgl. WHO 2000 und 2004). Entsprechend gibt es inzwischen eine kaum mehr überblickbare Anzahl von Interventionsprogrammen, um diesen Trend zu stoppen und im Idealfall rückgängig zu machen. Eine ausführliche und sorgfältige Darstellung der nationalen und internationalen Akteure und Interventionsbemühungen auf diesem Gebiet findet man bei Schopper (2005). Deshalb soll hier exemplarisch nur auf einige wenige Projekte und Massnahmen eingegangen werden, die für die Verringerung der sozialen Ungleichheit im Bezug auf Übergewicht von besonderem Interesse sind.

9.1 INTERVENTIONSANSÄTZE AUF INDIVIDUELLER EBENE

Die bestehenden Interventionen gegen Übergewicht basieren vorwiegend auf der Informationsverbreitung über die Gründe für das Entstehen von Übergewicht und die Möglichkeiten seiner Reduktion. Entscheidend ist dabei, dass das Problem in einem grösseren Kontext verstanden wird. Übergewicht ist nicht zuletzt ein Resultat der veränderten Lebenswelt. Deshalb wird bei Interventionsprogrammen bei übergewichtigen Kindern die ganze Familie involviert (vgl. Schweizerische Adipositasstiftung). Sollen gesundheitsrelevante Gewohnheiten, insbesondere Ess- und Bewegungsverhalten, nachhaltig verändert werden, so müssen alle Lebensbereiche (Heim, Schule resp. Arbeitsplatz, Freizeit etc.) bei der Intervention mitberücksichtigt werden.

Hier wird eine Reihe von Aspekten aufgeführt, die dazu beitragen können, dass ein gesundes Körpergewicht erhalten bzw. wiedererlangt werden kann. An diesen Punkten könnten Interventionsprogramme allenfalls ansetzen:

- Bewusstsein über Zusammenhang zwischen Ernährung und Gewicht fördern.
- Spezieller Fokus auf junge Mütter (Stillen).
- Gratisobst an Schulen/am Arbeitsplatz (im Idealfall Obst aus der Region).
- Anpassung der Snacks u.a. in Snackautomaten (mehr Dörrfrüchte, Studentenfutter etc., weniger Schokoriegel).
- Einplanung regelmässiger Bewegungseinheiten im Alltag (allenfalls in einer Gruppe, was sowohl die Motivation als auch die soziale Kontrolle erhöht).

9.2 INTERVENTIONSANSÄTZE AUF GESAMTGESELLSCHAFTLICHER EBENE

Es gibt jedoch auch Übergewicht begünstigende Faktoren, die für eine einzelne Person nur bedingt beeinflussbar sind. Die Lebensbedingungen und insbesondere auch die Arbeitswelt haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Der Strukturwandel in der Arbeitswelt hat beispielsweise nicht nur die Produktionsformen verändert, er hat auch dazu geführt, dass sich viele Personen heute bei der Arbeit kaum mehr bewegen. Dies bedeutet, dass die fehlende Bewegung bei der Arbeit in der Freizeit kompensiert werden muss. Dafür braucht es allerdings Freiräume sowie ansprechende und erschwingliche Bewegungsangebote.

Eine weitere Konsequenz des erwähnten Strukturwandels ist, dass sich die Distanz zwischen Arbeitsort und Wohnort vergrössert hat. Dies bedeutet erstens, dass man sich heute tagsüber in der Regel unterwegs verpflegt. Um die Energiebilanz im Lot halten zu können, ist es deshalb wichtig, dass auch auswärts

gesunde, ausgewogene und preisgünstige Mahlzeiten eingenommen werden können. Zweitens bedeutet die erwähnte Distanz auch, dass durch den längeren Arbeitsweg weniger Freizeit übrig bleibt, der beispielsweise für sportliche Aktivitäten eingesetzt werden kann.

Dies sind nur einige Beispiele für Veränderungen auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene. Die Beispiele sollen jedoch verdeutlichen, dass die Zunahme an Personen mit Übergewicht und Adipositas sich nur dann erfolgreich verändern lässt, wenn auch die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt und allenfalls entsprechend angepasst werden.

Im Folgenden werden einige erste Vorschläge aufgeführt, wie Interventionen auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene aussehen könnten:

- Preisgestaltung der Lebensmittel: Studien aus Schweden und den USA konnte aufzeigen, dass der vergleichsweise hohe Preis für frische Früchte und Gemüse dazu beitragen, dass solche in tieferen sozialen Lagen weniger konsumiert werden (Schopper 2005).
- Etikettierung besonders gesunder bzw. ungesunder Nahrung (Beispiel aus Dänemark).
- Optimieren des Zugangs zu gesunden Nahrungsmitteln.
- Informationen über positiven Effekt des Stillens, Ausbau des Mutterschaftsurlaubs, um längeres Stillen (ideal 6 Monate) zu ermöglichen.
- Unterstützung von Sport- und Bewegungsangeboten an der/nach der Schule oder bei der Arbeit.
- Sport über Mittag fördern. Dafür bräuchte es flexible Mittagspausezeiten und Duscmöglichkeiten.

Fazit

Trotz verschiedener Aktivitäten und Massnahmen auf nationaler und internationaler Ebene konnte die Wirksamkeit von Interventionen zur Verhinderung von Übergewicht bisher nicht ausreichend belegt werden. Gezielte und längerfristige Massnahmen, die im Bereich «Gesundes Körpergewicht» mehr Chancengleichheit schaffen wollten, sind ohnehin noch kaum durchgeführt worden.

Einigkeit besteht darüber, dass Massnahmen zur Vorbeugung des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen prioritär sein sollen, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Milieus besondere Aufmerksamkeit verdienen. Massnahmen sollen aber nicht nur auf die einzelne Person zielen, sondern vor allem auch ihr Umfeld einbeziehen und längerfristig ausgerichtet sein. Mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit erscheinen Interventionen, die auf die Verfügbarkeit, die Preisgestaltung und die Anpreisung von Nahrungsmitteln gerichtet sind, als besonders Erfolg versprechend.

10. Erfolgskontrolle und Evaluationen

10.1 PROBLEMSTELLUNG UND ANSATZPUNKTE

Zur Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit sollen nicht nur Massnahmen ergriffen werden, die Massnahmen sollen auch wissenschaftlich evaluiert werden.³¹ Bezüglich dieser Forderung besteht unter den Fachleuten weitgehend Einigkeit (vgl. Whitehead 1997, Mackenbach 1995, Mackenbach und Gunning-Schepers 1997).

Mielck (2000: 375) sieht drei grundlegende Argumente, die für eine wissenschaftliche Evaluation sprechen:

- Bessere und systematischere Kenntnisse über die Massnahmen, die tatsächlich zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit führen.
- Erhöhung der Legitimation solcher Massnahmen: Skeptiker sollen überzeugt werden, dass sich auch bezüglich gesundheitlicher Ungleichheit etwas bewirken lässt.
- Kontinuierliche Verbesserung der Massnahmen und Adaption von erfolgreichen Massnahmen auf andere Problemstellungen.

So unumstritten die Forderung nach der wissenschaftlichen Evaluation von Massnahmen auch ist, so schwierig ist ihre Umsetzung in der Praxis. Über den Erfolg von Massnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit gibt es bisher nur wenig systematisches Wissen (vgl. Kapitel 7 und 8).

Darüber, wie eine solche Evaluation ablaufen sollte, gibt es dagegen recht konkrete Vorstellungen. Mackenbach und Gunning-Schepers (1997: 360) empfehlen das folgende Vorgehen bei der Durchführung einer Evaluation:

Festlegung der Zielsetzungen

- Die Evaluation soll prüfen, ob bzw. inwieweit die Intervention (Massnahme) zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geführt hat. Das heisst, es soll nicht nur gemessen werden, ob bzw. inwieweit sich der Gesundheitszustand von benachteiligten («statustiefen») Bevölkerungsgruppen verbessert hat, auch die Veränderungen in den privilegierten («statushohen») Bevölkerungsgruppen müssen in die Betrachtung einbezogen werden. Die Ungleichheit hat sich nur reduziert, wenn sich der Unterschied zwischen statushoher und statustiefer Bevölkerung verringert hat (Berücksichtigung des «Fahrstuhleffekts»).
- Die Evaluation soll ihren Fokus primär auf die Auswirkungen der Massnahme auf den Gesundheitszustand richten, ausser dort, wo es sich nachweislich um wirklich gesundheitsrelevante Faktoren (wie z.B. beim Gesundheitsverhalten oder gewissen Umweltbedingungen) handelt.

Studiendesign

- Verwendung eines experimentellen Designs (inkl. Kontrollgruppe).
- Je nach Intervention sollen Regionen oder Bevölkerungsgruppen miteinander verglichen werden.
- Das Experiment soll nach wissenschaftlichen Standards durchgeführt werden.

³¹ Mit Blick auf die von Gesundheitsförderung Schweiz auf ihrer Homepage www.gesundheitsfoerderung.ch aufgeführte Begriffsbestimmung des Bundesamtes für Gesundheit, kann Evaluation wie folgt definiert werden: «Evaluation bedeutet die kritische, analytische Interpretation gewonnener Informationen, das Ziehen von Schlussfolgerungen daraus und, letztlich, die Beurteilung und/oder Bewertung eines Projektes oder einer Sachlage mit dem Ziel, diese zu verbessern.»

Messung der Variablen

- Die sozioökonomischen Variablen (Bildung, Beruf, Einkommen) sollen auf der Ebene von Personen und nicht auf der Ebene von Regionen gemessen werden (Problem des ökologischen Fehlschluss).
- Die abhängige Variable (Effektvariable) sollte sich direkt auf das Ziel der Intervention beziehen und nach Möglichkeit mit validierten Methoden erhoben werden.
- Die Zeitspanne zwischen Intervention und Effekt muss berücksichtigt werden. Es kann sein, dass sich der Effekt erst nach einer gewissen Zeit zeigt.
- Es sollen fortlaufend Daten erhoben werden (Prozessevaluation), mit denen sich kontrollieren lässt, ob die Intervention wie geplant durchgeführt worden ist.
- Es sollen auch Informationen über die Kosten der Intervention erhoben werden.

Den von Mackenbach und Gunning-Schepers (1997) formulierten grundlegenden Empfehlungen kann zwar problemlos zugestimmt werden, da sie letztlich alle Kriterien enthalten, die an ein wissenschaftliches Experiment gestellt werden müssen. Allerdings muss dazu angemerkt werden, dass sie die Latte für die Durchführung einer Evaluation sehr hoch anlegen. Die genannten, an wissenschaftlichen Massstäben ausgerichteten Kriterien sind nur bei grösseren Interventionen, die auch über die nötigen finanziellen Ressourcen verfügen, zu erfüllen. Zu recht räumen Mackenbach und Gunning-Schepers allerdings ein, dass sich ihr (experimentelles) Evaluationsdesign nur für spezifische Interventionen eignet und nicht zur Überprüfung einer (nationalen) Gesundheitsförderungs-Policy und wahrscheinlich auch nicht für breitere Gesundheitsförderungs-Kampagnen, da in diesen Fällen die zu erwartenden Wirkungen zu komplex und unübersichtlich und deren Überprüfung letztlich zu teuer wäre.

Das Dilemma bei Evaluationen von Interventionen zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit lässt sich also wie folgt auf den Nenner bringen:

- Bei kleineren spezifischen Interventionen, wo sich einzelne Effekte tatsächlich so isolieren liessen, dass ihre Wirkungen eindeutig nachweisbar wären, dürfte das von Mackenbach und Gunning-Schepers vorgeschlagene, experimentelle Forschungsdesign wohl zu aufwändig und zu teuer sein.
- Bei grossen Kampagnen (oder einer ganzen Gesundheitsförderungs-Policy), wo mehr finanzielle Ressourcen für die Evaluation vorhanden wären, dürfte das Wechselspiel von Effekten dagegen zu komplex und unübersichtlich sein, als dass sich mittels eines experimentellen Forschungsdesigns einzelne Wirkungen eindeutig nachweisen liessen.

10.2 KONSEQUENZEN: VORSCHLÄGE FÜR EINE PRAXISORIENTIERTE ERFOLGSKONTROLLE

Vor dem Hintergrund des oben genannten Dilemmas schlagen wir das folgende (pragmatische) Vorgehen vor:

[1] Kleinere spezifische Interventionen haben sich an die von Gesundheitsförderung Schweiz formulierten Qualitätskriterien zu halten (vgl. www.quint-essenz.ch). Mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit wird dabei verlangt, dass die Wahl der Zielgruppen jeweils auch auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit auszurichten ist.

Dabei könnte diese Forderung noch verschärft werden, indem explizit von einem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit gesprochen wird. Das heisst, es sollte expliziter davon gesprochen werden, dass benachteiligte Gruppen zu berücksichtigen und Benachteiligungen zu reduzieren sind.

Die Indikatoren dazu werden unter www.quint-essenz.ch aufgrund der folgenden vier Fragen bestimmt:

- Es ist begründet, ob und wie Genderaspekte berücksichtigt werden.
- Es ist begründet, ob und wie der soziale Status berücksichtigt wird.
- Ein allfälliger Migrationshintergrund ist angemessen berücksichtigt.
- Mit dem Projekt sind diejenigen Personen und Gruppen erreicht worden, bei denen tatsächlich ein Interventionsbedarf besteht.

Die Fragen zeigen, dass neben den «alten» vertikalen Ungleichheiten (Bildung, Beruf, Einkommen), welche den sozioökonomischen Status bestimmen, bereits «neue» Ungleichheiten wie das Geschlecht oder die Migrationserfahrung explizit erwähnt werden. Damit sind zentrale Ungleichheitsdeterminanten erwähnt, die allenfalls durch Alter, soziale Herkunft (insbesondere, wenn es um Kinder und Jugendliche geht), Lebenssituation (alleinerziehend) und Einbettung in soziale Netzwerke ergänzt werden könnten. Mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit wäre aber insbesondere ein Hinweis auf die besonders schwerwiegende Kumulation von Benachteiligungen und die Zeitdauer einer belastenden wirtschaftlichen oder sozialen Situation notwendig.

Da die soziale Ungleichheit und die Frage nach Chancengleichheit sämtliche Problem- und Lebensbereiche betreffen, sollten sämtliche Strategien, Projekte und Programme darauf geprüft werden, inwieweit gesundheitsbezogene Chancengleichheit dabei thematisiert wird.

Dazu können die folgenden Fragen hilfreich sein:

- Hat das Projekt einen expliziten oder impliziten Bezug zur sozialen Ungleichheit z.B. bezüglich Zielformulierung, Merkmalen der Zielgruppe oder der Settings?
- Wie könnte ein solcher Bezug eingebaut werden?
- Inwiefern können sozial schwächere und schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen oder Personen vom Projekt profitieren bzw. inwiefern werden sie möglicherweise davon ausgeschlossen?
- Mit welchen Mitteln kann mehr Chancengleichheit erreicht werden?

In diesem Zusammenhang könnte auch die von der WHO geforderte Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Health Impact Assessment) einen wichtigen Beitrag zur grösseren Beachtung der gesundheitlichen Ungleichheit und Schaffung von mehr Chancengleichheit leisten. Die Einführung einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung wird in der Schweiz (bzw. im Kanton Tessin) zur Zeit diskutiert und müsste als Instrument für gesundheitsbezogene Chancengleichheit ebenfalls konkrete Fragen zu den Wirkungen auf die gesundheitliche Ungleichheit enthalten.

Bei der Evaluation der jeweiligen Interventionen kann und soll nicht allein der Outcome (d.h. die Verbesserung des Gesundheitszustands einer benachteiligten Gruppen im Vergleich zu einer bevorzugten Gruppe) im Blickpunkt stehen, sondern – wie dies von Gesundheitsförderung Schweiz vorgeschlagen wird – auch der Prozess und der Output betrachtet werden. Damit kann zwar nicht evaluiert werden, ob das Projekt auch nachhaltig zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit beigetragen hat, es kann aber folgenden unter www.quint-essenz.ch geforderten Beitrag leisten:

- Legitimation der Verwendung öffentlicher Gelder
- Entscheidungshilfe bezüglich Weiterführung von Projekten
- Verbesserung von Strategien und Massnahmen
- Projektsteuerung

[2] Mit Blick auf die längerfristige Beobachtung der Wirkung der verschiedenen Projekte und Kampagnen sowie der gesamten Gesundheitsförderungs-Policy wird dagegen ein anderes Vorgehen vorgeschlagen.

Die vom Bundesamt für Statistik alle fünf Jahre durchgeführte Gesundheitsbefragung³² enthält neben vielen Fragen zu Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten auch Angaben zu «alten» und «neuen» Ungleichheitsdimensionen. Auf dieser Basis lassen sich mit relativ geringem Aufwand einige Indikatoren zur gesundheitlichen Ungleichheit bezüglich gesundem Körpergewicht und psychischer Gesundheit – Stress definieren, die dann über die Zeit verfolgt werden könnten. Anhand dieses Monitorings könnten allgemeine Veränderungen bei der Umsetzung, beim Verhalten möglicher Zielgruppen oder bei der Wirkung von Massnahmenpaketen gemessen werden. Mit diesem Instrument liessen sich zwar nicht einzelne Massnahmen beurteilen, Veränderungen über die Zeit könnten aber systematisch erfasst und damit allgemeine Trends (und allfällige Ansatzpunkte zur Initiierung von Gegentrends) erkannt werden.

Fazit

Der Forderung, dass die Massnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit auch wissenschaftlich evaluiert werden sollen, kann zwar grundsätzlich zugestimmt werden. Ihre praktische Umsetzung erscheint aber nahezu unmöglich und entsprechend finden sich in der internationalen Literatur zwar Vorgaben zum Studiendesign aber keine konkreten Beispiele.

Zukünftige Schweizer Projekte sollten sich bei der Evaluation an die Vorgaben von quint-essenz halten, die mit Blick auf die gesundheitsbezogene Chancengleichheit noch erweitert werden können.

³² Die Schweizerische Gesundheitsbefragung wurde bislang dreimal (1992, 1997 und 2002) durchgeführt. Die Befragung beruht auf einer repräsentativen Zufallsstichprobe der Schweizer Wohnbevölkerung (Schweizer/innen und niedergelassene Ausländer/innen) im Alter von 15 und mehr Jahren. Das Kernstück der Befragung bildet ein computergestütztes telefonisches Interview von durchschnittlich 40 Minuten Länge in deutscher, französischer und italienischer Sprache. Da telefonische Befragungen für ältere und betagte Personen weniger geeignet sind, wurden mit den Zielpersonen, die 75 Jahre und älter sind, auf Wunsch persönliche Interviews zu Hause durchgeführt. Im Anschluss an die telefonischen oder persönlichen Interviews erhalten die Befragten einen schriftlichen Fragebogen mit ergänzenden Fragen zugeschickt.

11. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Im Einklang mit der Ottawa-Charta ist die Gesundheitsförderung dem Postulat der Chancengleichheit verpflichtet und setzt sich für einen Abbau gesundheitlicher Ungleichheit ein.

Für alle Menschen sollen die gleichen Möglichkeiten und Voraussetzungen geschaffen werden, damit sie ihr Gesundheitspotenzial bestmöglich verwirklichen können. Die Gesundheitsförderung setzt sich für sozial Benachteiligte ein, indem sie Gesundheitsdeterminanten wie Arbeits- oder Wohnbedingungen, Arbeitslosigkeit, gesundheitsschädigende Umwelt und soziale Ausgrenzung positiv beeinflusst. Über dieses allgemeine Ziel herrscht zwar weitgehend Einigkeit. Wie man dieses Ziel aber angehen kann und soll, wo man ansetzen muss und welche Massnahmen Erfolg versprechen – darüber existieren bis heute nur wenig konkrete Vorstellungen.

Eine allgemeine und erfolgreiche Strategie zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit und zur Schaffung von mehr Chancengleichheit existiert weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene.

Das Fehlen einer Strategie zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit lässt sich nicht allein auf einen Mangel an politischem Willen zurückführen, sondern liegt auch in der Sache selbst begründet. Zwar liess sich in verschiedenen Studien ein stabiler Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nachweisen, Einblicke in das zu Grunde liegende Ursachengeflecht existieren aber erst in Ansätzen. Vorstellungen darüber oder gar Beispiele dafür, wo und wie man intervenieren könnte, fehlen weitgehend. Soziale Ungleichheit ist heute unübersichtlich, mehrdimensional und dynamisch und ihre Folgen weitreichend und komplex.

Mit Blick auf die gesundheitsbezogene Chancengleichheit ist den folgenden Determinanten und ihren spezifischen Verknüpfungen besondere Aufmerksamkeit zu schenken: sozioökonomischer Status (Bildung, Beruf, Einkommen), Erwerbsbeteiligung (Arbeitslosigkeit), Geschlecht, Alter, soziale Herkunft, Migrationserfahrung sowie Lebenssituation (z.B. alleinerziehend) und Einbettung in soziale Netzwerke.

Nicht nur prekäre wirtschaftliche Verhältnisse (wie sie für einen tiefen sozioökonomischen Status kennzeichnend sind) wirken gesundheitsschädigend, auch die soziale Wertschätzung und die gesellschaftliche Integration beeinflussen die Gesundheit. Menschen brauchen das Gefühl, gebraucht und gemocht zu werden. Vor diesem Hintergrund gilt es, bei der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit alle Formen der sozialen Diskriminierung und Ausgrenzung zu beachten. Dabei spielen insbesondere auch die so genannten «neuen Ungleichheiten» (wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Arbeitslosigkeit, Familienform, Einbettung in soziale Netzwerke) eine wichtige Rolle. Besonders gravierende Folgen für die physische und psychische Gesundheit hat eine Kumulation verschiedener Benachteiligungen, wenn z.B. Arbeitslosigkeit und Scheidung mit einer schlechten Schulbildung und Armut zusammenfallen. Entscheidend für die Auswirkungen auf die Gesundheit ist zudem, wie lange dieser Zustand andauert und welche mittel- bis längerfristigen Perspektiven offen stehen. Je länger die Menschen unter belastenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen leben, desto schwieriger wird es, der negativen Spirale zu entfliehen, und desto gravierender sind die Auswirkungen auf die Gesundheit. Menschen durchlaufen in ihrem Leben Krisen und können in Notlagen geraten, sie können aber auch wieder daraus hinausfinden. Die Gesundheitsförderung soll sich den besonders gefährdeten Gruppen annehmen und neue Perspektiven öffnen. Massnahmen gegen soziale Benachteiligungen müssen nicht nur als Sicherheitsnetz, sie müssen auch als Sprungbrett verstanden werden.

Bei Interventionen sind die Ursachenketten sowie die strukturellen Bedingungen und spezifischen Lebenssituationen zu beachten. Dabei hilft die Definition von eindeutigen Zielgruppen.

Die Determinanten sozialer Ungleichheit prägen die Lebenschancen, die Lebensbedingungen und die Handlungsmöglichkeiten und offenbaren sich in unterschiedlichen Arbeits-, Wohn- und Lebenssituationen. In diesen konkreten Settings bieten sich für die Gesundheitsförderung Erfolg versprechende

Anknüpfungspunkte für Interventionen. Um gesundheitspolitische Massnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit durchführen zu können, sind zudem genauere Kenntnisse der Zielgruppen notwendig. Dabei sollen neben dem sozioökonomischen Status (Bildung, Beruf, Einkommen) auch «neue Ungleichheiten» wie Geschlecht, Altersgruppe, Migrationshintergrund oder die Wohnregion einbezogen werden. Aussagen wie «in der Unterschicht wird häufiger geraucht als in der Oberschicht» oder «Frauen treiben weniger Sport als Männer» sind zu wenig spezifisch für zielgruppenspezifische Interventionen. Wenn man aber feststellt, dass angelernte Arbeiter (tiefe Bildung, tiefe Berufsstellung, geringes Einkommen) im Alter von 30 bis 50 Jahren besonders häufig rauchen oder junge Frauen mit ausländischer Nationalität (insbesondere aus Südeuropa) einen ausgeprägten Bewegungsmangel aufweisen, dann kann man sich in einem nächsten Schritt Gedanken über die Ursachen machen, um schliesslich entsprechende Interventionen ins Auge zu fassen.

Soziale Ungleichheit und die Frage nach Chancengleichheit sind allgegenwärtig und durchziehen sämtliche Lebensbereiche. Sie müssen bei jeder Intervention, bei jedem Projekt bedacht und berücksichtigt werden.

Alle Projekte und Interventionen sollen darauf geprüft werden, ob gesundheitsbezogene Chancengleichheit dabei thematisiert wird. Dazu kann man sich folgende Fragen stellen: Hat das Projekt einen expliziten oder impliziten Bezug zur sozialen Ungleichheit z.B. bezüglich Zielformulierung, Merkmalen der Zielgruppe oder der Settings? Wie könnte ein solcher Bezug eingebaut werden? Inwiefern können sozial schwächere und schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen oder Personen vom Projekt profitieren bzw. inwiefern werden sie möglicherweise davon ausgeschlossen? Mit welchen Mitteln kann mehr Chancengleichheit erreicht werden?

Die Wirksamkeit von Aufrufen zur Veränderung des individuellen Verhaltens ist mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit umstritten. Die Massnahmen müssen vermehrt auf die Veränderung der Umweltbedingungen zielen, so dass gesündere Verhaltenweisen ermöglicht werden.

Aufrufe zu Verhaltensänderungen sind in der Gesundheitsförderung zwar gut etabliert, ihre Wirksamkeit ist jedoch gerade mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit begrenzt. Mit Gesundheitsförderungskampagnen über die Massenmedien werden vor allem Personen mit einem mittleren oder höheren sozioökonomischen Status (überdurchschnittliche Bildung, Berufsposition und Einkommen) erreicht, die sich vermehrt für die Gesundheitsförderung interessieren und sich durch einen vergleichsweise gesunden Lebensstil auszeichnen. Dagegen reagieren die unteren Statusgruppen auf Appelle und Normensetzungsprozesse häufig mit Ablehnung. Eine allfällige Kampagne müsste (wenn überhaupt) auf einfache, glaubwürdige und zielgruppenspezifische Botschaften aufbauen, die auch direkt «Lösungen» anbieten (d.h. kleine Verhaltensänderungen vorschlagen, die sich einfach in den Alltag einbauen lassen, und wenn möglich, unmittelbare Effekte und Erfolge versprechen). Es braucht zielgruppenspezifische Einstiegsmöglichkeiten und Anreizsysteme. Nachhaltigkeit erfordert zudem eine längerfristige Einbindung und Begleitung.

Auch in der Gesundheitsförderung werden Normen und Regeln geschaffen, welche die Grundlage für neue Diskriminierungen bilden können. Übergewicht beispielsweise ist nicht nur ein gesundheitlicher Risikofaktor, sondern in einer gesundheits- und fitnessbewussten Gesellschaft mehr und mehr auch ein soziales Stigma.

Die Gesundheitsförderung muss sich solcher Normensetzungsprozesse bewusst sein und sich vor Moralisierung und der Androhung von Sanktionen (z.B. höheren Krankenkassenprämien für Personen mit Übergewicht) hüten. Besonders problematisch ist dabei die folgende Argumentation: Personen aus unteren sozialen Lagen leiden deshalb häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, weil sie sich zu wenig bewegen, zu fettig essen und deshalb häufig übergewichtig sind. Da die Erkrankungen eine direkte Folge ihres Verhaltens sind, haben sie auch selber Schuld. Diese Schuldzuweisungen werden in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften mit «blaming the victim» bezeichnet. Eine Verbesserung des Gesund-

heitzustandes in den unteren Statusgruppen muss sich auf die Veränderung der Lebensbedingungen konzentrieren.

Da sich ein Grossteil der gesundheitlichen Ungleichheit durch die Unterschiede in den Lebensbedingungen erklären lässt, sind zielgerichtete politische Massnahmen auf die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen zu richten. Gesundheitspolitische Akteure sind diesbezüglich vermehrt in die Pflicht zu nehmen.

Das Verhalten wird von der Umwelt geprägt. Stellt man in Rechnung, dass die Gesundheit durch soziale Determinanten geprägt ist, so empfehlen sich Veränderungen der Umweltbedingungen, so dass sich gesündere Verhaltensweisen einstellen können. Wenn man mit Blick auf «Gesundes Körpergewicht» feststellt, dass gesunde Ernährung teurer und ihre Zubereitung zeitaufwändiger ist, so müssen zielgerichtete Interventionen die Preispolitik und die Versorgung ins Visier nehmen. Bezüglich «Psychischer Gesundheit – Stress» sollten die Bemühungen auf gesündere, stressfreiere Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen zielen. In beiden Bereichen bietet sich zudem die Schule als gutes Setting für Interventionen an, da Massnahmen bei Kindern und Jugendlichen besonders notwendig, vielversprechend und nachhaltig erscheinen. Die Schweizer Volksschule hat zudem den grossen Vorteil, dass sie Kinder und Jugendliche aus den unterschiedlichsten Herkunftsmilieus zusammenbringt. Gerade diesen Unterschieden bei der sozialen Herkunft muss bei der Intervention allerdings auch Rechnung getragen werden. Die genannten Beispiele machen deutlich, dass es mit einzelnen Massnahmen nicht getan ist, sondern es eine einheitliche Policy und starke Partner braucht, damit auch politische Entscheidungsprozesse beeinflusst werden können.

Eine klare Partnerschaft zu Fragen gesundheitlicher Ungleichheit und Chancengleichheit bietet sich in der Schweiz nicht an, da ein entsprechender Akteur fehlt. Es soll überprüft werden wie in den bestehenden nationalen Partnerschaften vermehrt «Chancengleichheit» thematisiert werden kann. Zudem wird eine Beteiligung an internationalen Netzwerken empfohlen.

Starke nationale und internationale Partnerschaften sind mit Blick auf die anstehenden Probleme unabdingbar. Die Reduktion der wachsenden Kosten im Gesundheitswesen wird in den nächsten Jahren nicht nur die Gesundheitsdiskussion bestimmen, es werden auch Massnahmen geplant und durchgeführt werden. Diese Massnahmen gilt es vor dem Hintergrund «gesundheitlicher Ungleichheit» näher zu überprüfen. Konkret geht es um die Frage, wie die zurzeit diskutierten bzw. bereits durchgeführten Massnahmen auf die gesundheitliche Ungleichheit wirken bzw. wirken könnten. Dabei geht es einerseits um Leistungskürzungen (Wer wird von diesen Leistungskürzungen am meisten betroffen; was bedeuten sie für die gesundheitliche Versorgung?). Andererseits geht es auch um die Finanzierungen der Leistungen und um die Frage, inwieweit die Finanzierung sozial verträglich oder gerecht ist und inwiefern das Solidaritätsprinzip unterlaufen wird.

Die Effekte von Massnahmen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit lassen sich nur schwer und mit grossem Aufwand nachweisen. Es müssen einfache Zielsetzungen für klar umrissene Zielgruppen in ausgewählten Settings definiert werden, die einfach überprüft werden können.

Bezüglich der Erfolgskontrolle von Projekten zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit dürfen die Massstäbe nicht zu hoch angelegt werden. Die Evaluation muss sich auf die Überprüfung von Prozessen und Outputs (Wurde die Zielgruppe erreicht?) beschränken. Für eine eigentlich Outcome-Evaluation (Hat sich die gesundheitliche Ungleichheit reduziert?) dürften die zeitlichen, analytischen und finanziellen Mittel fehlen. Für die Beobachtung der mittel- und längerfristigen Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit in den Bereichen «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress» sowie die Überprüfung von eingeleiteten Massnahmen und Interventionen könnte allenfalls ein einfaches Monitoring auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und vergleichbarer Datenquellen erstellt werden.

12. Literaturverzeichnis

- Anderson, GH (1995): *Sugars, sweetness, and food intake*. American Journal of Clinical Nutrition 62, S. 195–201.
- Ball, Kylie und David Crawford (2005): *Socioeconomic status and weight change in adults: a review*. Social Science & Medicine 60, S. 1987–2010.
- Beck, Ulrich (1983): *Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Ungleichheit, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten*. In: Kreckel, Reinhard (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz, S. 35–74.
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich und Elisabeth Beck-Gernsheim (Hg.) (1994): *Risikante Freiheiten: Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Berger, Peter A. (1987): *Klassen und Klassifikationen: Zur «neuen Unübersichtlichkeit» in der soziologischen Ungleichheitsdiskussion*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 39, S. 59–85.
- Berger, Peter A. (1990): *Ungleichheitsphasen: Stabilität und Instabilität als Aspekt ungleicher Lebenslagen*. In: Berger, Peter A. und Stefan Hradil (Hg.): Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Göttingen: Schwartz, S. 319–350.
- Berger, Peter A. (1995): *Sozialstruktur und Lebenslauf*. Opladen: Leske + Budrich.
- Berger, Peter A. und Stefan Hradil (Hg.) (1990): *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Göttingen: Schwartz.
- Berger, Wolfgang (1969): *Zur Theorie der Bildungsnachfrage*. Berlin: Institut für Bildungsforschung der Max Planck Gesellschaft.
- Bergman, Manfred Max, Dominique Joye und Beat Fux (2002): *Social Change, Mobility, and Inequality in Switzerland in the 1990s*. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 28(2): 267–295.
- Bernstein, Martine, Alfredo Morabia, Stéphane Héritier und Naira Katchatryan (1996): *Passive Smoking, Active Smoking, and Education: Their Relationship to Weight History in Woman in Geneva*. American Journal of Public Health 86 (9), S. 1267–1272.
- Bisig, Brigitte und Felix Gutzwiller (1999): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Bopp, Matthias und Christoph E. Minder (2003): *Mortality by Education in German Speaking Switzerland, 1990–1997: Results from the Swiss National Cohort*. International Journal of Epidemiology 32, S. 346–354.
- Bornschieer, Volker (Hg.) (1991): *Das Ende der sozialen Schichtung? Zürcher Arbeiten zur gesellschaftlichen Konstruktion von sozialer Lage und Bewusstsein in der westlichen Zentrumsgesellschaft*. Zürich: Seismo.
- Bornschieer, Volker (1998): *Westliche Gesellschaft – Aufbau und Wandel*. Zürich: Seismo.
- Bornschieer, Volker und Felix Keller (1994): *Die Statusgruppenschichtung als Ursache von Konflikt und Devianz*. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 20, S. 83–112.
- Bosc, Serge (1993): *Stratification et transformations sociales. La société française en mutation*. Paris: Nathan.
- Bourdieu, Pierre (1979): *Entwurf einer Theorie der Praxis: auf einer ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1983): *Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital*. In: Kreckel, Reinhard (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz, S. 183–198.
- Bourdieu, Pierre (1987): *Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre und Jean-Claude Passeron (1970): *La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris: Editions de Minuit.
- Brose, Hans-Georg und Bruno Hildenbrand (Hg.) (1988): *Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende*. Opladen: Leske + Budrich.
- Buchmann, Marlis (1989): *The Script of Life in Modern Society: Entry into Adulthood in a Changing World*. Chicago: University Press of Chicago.
- Buchmann, Marlis, Irene Kriesi, Andrea Pfeiffer und Stefan Sacchi (2002): *Halb drinnen – halb draussen. Analysen zur Arbeitsmarktintegration von Frauen in der Schweiz*. Zürich: Rüegger.
- Buchmann, Marlis, Markus König, Jiang Hong Li und Stefan Sacchi (1999): *Weiterbildung und Beschäftigungschancen*. Chur/Zürich: Rüegger.

- Buddeberg-Fischer, Barbara (2000): Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Buddeberg-Fischer, Barbara (2002): *Körpergewicht, Körpererleben und Essverhalten von Jugendlichen*. In: Wydler, Hans und Matthias Bopp (Hg.): Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Budowski, Monica, Robin Tillmann und Manfred Max Bergman (2002): *Poverty, Stratification, and Gender in Switzerland*. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 28(2): 297–317.
- Buhmann, Brigitte, Georges Enderle, Christian Jäggi und Thomas Mächler (1989): Armut in der reichen Schweiz. Eine verdrängte Wirklichkeit. Zürich: Orell Füssli.
- Burke, Ronald J. (2002): *Work stress and women's health: Occupational status effects*. Journal of Business Ethics 37 (1), S. 91–102.
- Burzan, Nicole (2005): Soziale Ungleichheit: Eine Einführung in die zentralen Theorien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Caritas (Hg.) (2003): Sozialalmanach 2003. Gesundheit – eine soziale Frage. Luzern: Caritas-Verlag.
- Chopra, Mickey, Sarah Galbraith und Ian Darnton-Hill (2002): *A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition*. Bulletin of the World Health Organization 80 (12), S. 952–958.
- Cyba, Eva (2000): Geschlecht und soziale Ungleichheit. Konstellationen der Frauenbenachteiligung. Opladen: Leske + Budrich.
- Dahrendorf, Ralf (1957): Soziale Klassen und Klassenkonflikt in der industriellen Gesellschaft. Stuttgart: Enke.
- Dahrendorf, Ralf (1961): Über den Ursprung der Ungleichheit zwischen den Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Dahrendorf, Ralf (1979): Lebenschancen. Anläufe zur sozialen und politischen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Davis, Kingsley und Wilbert E. Moore (1945): *Some Principles of Stratification*. The American Sociological Review 10 (2), S. 242–249.
- Drewnowski, Adam (1994): *Human preference for sugar and fat*. In: Fernstrom, JD und GD Miller (Hg.): Appetite and body weight regulation: sugar, fat and macronutrient substitutes. Boca Raton, Florida: CRC Press, S. 137–147.
- Eichholzer, Monika (2003): Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung: eine Übersicht zur aktuellen Literatur: www.suissebalance.ch Menüpunkt Grundlagen, Körpergewicht, 16.8.2005.
- Eichholzer, Monika und Esther Camenzind (2003): *Übergewicht, Adipositas und Untergewicht in der Schweiz: Resultate der Nutri-Trend-Studie 2000*. Bulletin, Bundesamt für Gesundheit 20, S. 339–340.
- Erbslöh, Barbara, Thomas Hagelstrange, Dieter Holtmann, Joachim Singelmann und Hermann Strasser (1988): *Klassenstruktur und Klassenbewusstsein in der Bundesrepublik Deutschland*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 40, S. 245–261.
- Exl, Bianca-Maria, Rahel Burri-Nauer und Jürg Lüthy (2001): *Attitudes of consumers towards nutrition in Switzerland: the Nutri-Trend-Study 2000 – results of a representative survey*. Ann Nutr Metab 45 (Suppl 1) S. 148.
- Farago, Peter, und Peter Füglistaler (1992): Armut verhindern. Die Zürcher Armutsstudien: Ergebnisse und sozialpolitische Vorschläge. Zürich: Fürsorgedirektion.
- Forst, Rainer (1994): Kontexte der Gerechtigkeit: Politische Philosophie jenseits von Liberalismus und Kommunitarismus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Füglistaler, Peter und Marcela Hohl (1992): Armut und Einkommensschwäche im Kanton St. Gallen. Bern: Haupt.
- Gardner, Jonathan und Andrew Oswald (2004): *How is mortality affected by money, marriage, and stress?* Journal of Health Economics 23 (6), S. 1181–1207.
- Gärtner, Ludwig (2003): *Gesundheitswesen der Schweiz – wohin? Mögliche Strukturreformen*. In: Caritas (Hg.): Sozialalmanach 2003. Gesundheit – eine soziale Frage. Luzern: Caritas-Verlag, S. 173–188.
- Geiger, Theodor (1932 [1987]): Die soziale Schichtung des deutschen Volkes: Soziographischer Versuch auf statistischer Grundlage. Stuttgart: Enke.
- Geissler, Rainer (1996): *Kein Abschied von Klasse und Schicht. Ideologische Gefahren der deutschen Sozialstrukturanalyse*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 48, S. 319–338.
- Georg, Werner (1998): Soziale Lage und Lebensstil: Eine Typologie. Opladen: Leske + Budrich.
- Gluchowski, Peter (1988): Freizeit und Lebensstil: Plädoyer für eine integrierte Analyse von Freizeitverhalten. Erkrath: DGFF – Gesellschaft zur Förderung der Freizeitwissenschaften.

- Goldthorpe, John H. (1985): *Soziale Mobilität und Klassenbildung. Zur Erneuerung einer Tradition soziologischer Forschung*. In: Strasser, Hermann und John H. Goldthorpe (Hg.): *Die Analyse sozialer Ungleichheit: Kontinuität, Erneuerung, Innovation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 174–204.
- Gottschall, Karin (2000): *Soziale Ungleichheit und Geschlecht: Kontinuitäten und Brüche, Sackgassen und Erkenntnispotentiale im deutschen soziologischen Diskurs*. Opladen: Leske + Budrich.
- Haller, Max (1989): *Die Klassenstruktur im sozialen Bewusstsein. Ergebnisse vergleichender Umfrageforschung zu Ungleichheitsvorstellungen*. In: Haller, Max, Hans-Jürgen Hoffmann-Nowotny und Wolfgang Zapf (Hg.): *Kultur und Gesellschaft*. Frankfurt a. M./New York: Campus, S. 447–483.
- Hämmig, Oliver, Gregor Jenny und Georg Bauer (2005): *Arbeit und Gesundheit in der Schweiz: Surveybasiertes Monitoring der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitszustandes der Schweizer Erwerbsbevölkerung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hischier, Guido und Heinrich Zwicky (1992): *Soziale Ungleichheit in der Schweiz: Verteilungskritik und Klassenmobilisierung*. Widerspruch, 23, S. 76–89.
- Höffe, Otfried (Hg.) (1977): *Über John Rawls Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Holtmann, Dieter und Hermann Strasser (1989): *Entwicklungstendenzen in der Klassenstruktur kapitalistischer Gesellschaften und empirische Überprüfung verschiedener Klassenmodelle am Beispiel der Bundesrepublik*. In: Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim (Hg.): *Kultur und Gesellschaft: Gemeinsamer Kongress der Deutschen, der Österreichischen und der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie: Beiträge der Forschungskomitees, Sektionen und Ad-hoc-Gruppen*. Zürich: Seismo, S. 623–625.
- Hondrich, Karl Otto (1984): *Der Wert der Gleichheit und der Bedeutungswandel der Ungleichheit*. Soziale Welt 3, S. 267–293.
- Hörning, Karl. H. und Matthias Michailow (1990): *Lebensstil als Vergesellschaftungsform: Zum Wandel von Sozialstruktur und sozialer Integration*. In: Berger, Peter A. und Stefan Hradil (Hg.): *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Göttingen: Schwartz, S. 501–522.
- Hradil, Stefan (1987): *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft – Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus*. Opladen: Leske + Budrich .
- Hradil, Stefan (1997): *Soziale Ungleichheiten, Milieus und Lebensstile in den Ländern der Europäischen Union*. In: Hradil, Stefan und Stefan Immerfall (Hg.): *Die westeuropäischen Gesellschaften im Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich, S. 475–519.
- Husi, Gregor und Marcel Meier Kressig (1995): *Alleinelterne und Einelterne*. Zürich: Seismo.
- Janowitz, Morris (1958): *Soziale Schichtung und Mobilität in Westdeutschland*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 10, S. 1–37.
- Joye, Dominique und Martin Schuler (1995): *Sozialstruktur der Schweiz: Sozioprofessionelle Kategorien*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Joye, Dominique und René Levy (1994): *Vers une analyse de la stratification sociale en Suisse*. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 20 (2), S. 405–437.
- Junge, Matthias (1996): *Individualisierungsprozesse und der Wandel von Institutionen. Ein Beitrag zur Theorie reflexiver Modernisierung*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 48 (4), S. 728–747.
- Karasek, Robert A., Tores Theorell, Joseph E. Schwartz, Peter L. Schnall, Carl F. Pieper und John L. Michela (1988): *Job Characteristics in Relation to the Prevalence of Myocardial Infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES)*. American Journal of Public Health 88 (8), S. 910–918.
- Karasek, Robert, Dean Baker, Frank Marxer, Anders Ahlbom und Tores Theorell (1981): *Job Decision Latitude, Job Demands, and Cardiovascular Disease: A Prospective Study of Swedish Men*. American Journal of Public Health 71 (7), S. 694–705.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P. Kennedy und Richard G. Wilkinson (Hg.) (1999): *The Society and Population Health Reader. Volume I: Income Inequality and Health*. New York: The New Press.
- Kellerhals, Jean, Josette Coenen-Huther und Marianne Modak (1988): *Figures de l'équité*. Paris: Presses universitaires de France.
- Konietzka, Dirk (1995): *Lebensstile im sozialstrukturellen Kontext: Ein theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse soziokultureller Ungleichheiten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- König, Claudia, Markus Lamprecht und Hanspeter Stamm (2005): *Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen*. In: Zumbrunn, Andrea, Jean-Luc Heeb und Maik Roth (Hg.): *Gesundheit im Kanton Basel-Stadt*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kreckel, Reinhard (1992): *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Frankfurt a. M./New York: Campus.

- Kreckel, Reinhard (Hg.) (1983): Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz.
- Kron, Thomas (Hg.) (2000): Individualisierung und soziologische Theorie. Opladen: Leske + Burich.
- Lalive d'Épinay, Christian, Michel Bassand, Etienne Christe und Dominique Gros (1982): Temps libre. Culture de masse et cultures de classe aujourd'hui. Lausanne: Favre.
- Lamprecht, Markus (1991): *Möglichkeiten und Grenzen schulischer Chancengleichheit in westlichen Gesellschaften*. In: Bornschieer, Volker (Hg.): Das Ende der sozialen Schichtung? Zürcher Arbeiten zur gesellschaftlichen Konstruktion von sozialer Lage und Bewusstsein in der westlichen Zentrums-gesellschaft. Zürich: Seismo, S. 126–153.
- Lamprecht, Markus und Hanspeter Stamm (1994): Die soziale Ordnung der Freizeit: Soziale Unterschiede im Freizeitverhalten der Schweizer Wohnbevölkerung. Zürich: Seismo.
- Lamprecht, Markus und Hanspeter Stamm (1996): Soziale Ungleichheit im Bildungswesen. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Lamprecht, Markus und Hanspeter Stamm (1999a): *Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage*. In: Maeder, Christoph, Claudine Burton-Jeangros und Mary Haour-Knipe (Hg.): Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich: Seismo.
- Lamprecht, Markus und Hanspeter Stamm (1999b): Soziale Lage und die Differenzierung von Lebensformen, Lebenszielen, Wahrnehmungs- und Wertmustern. Zürich: SPP-Schlussbericht zuhanden des Schweizerischen Nationalfonds.
- Lamprecht, Markus und Hanspeter Stamm (2000): *Soziale Lagen in der Schweiz*. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 26 (2), S. 261–295.
- Lamprecht, Markus und Hanspeter Stamm (2005): Bewegung, Sport, Gesundheit in der Schweiz. Forschungsbericht. Zürich: L&S SFB.
- Lamprecht, Markus und Martin Graf (1991): *Statuszuweisung in den siebziger und achtziger Jahren*. In: Bornschieer, Volker (Hg.): Das Ende der sozialen Schichtung? Zürcher Arbeiten zur gesellschaftlichen Konstruktion von sozialer Lage und Bewusstsein in der westlichen Zentrums-gesellschaft. Zürich: Seismo, S. 189–214.
- Landecker, Werner S. (1981): Class Crystallization. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Lazarus, Richard S. und Susan Folkman (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing & Company, Inc.
- Lazarus, Richard S. und Susan Folkman (1989): Hassles and Uplift Scales. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury und Christoph E. Minder (1990): *Health and social inequities in Switzerland*. Social Science and Medicine 31 (3), S. 369–386.
- Lemel, Yannick (1991): Stratification et mobilité sociale. Paris: Armand Colin.
- Lenski, Gerhard (1977): Macht und Privileg: Eine Theorie der sozialen Schichtung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Leu, Robert E. und Stefan Burri und Tom Priester (1997): Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Paul Haupt.
- Levy, René und Christian Suter (2002): *Stratification Research in Switzerland: Where are we?* Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 28(2): 181–192.
- Levy, René, Dominique Joye, Olivier Guye und Vincent Kaufmann (1997): Tous égaux? De la stratification aux représentations. Zürich: Seismo.
- Lüdtké, Hartmut (1989): Expressive Ungleichheit: Zur Soziologie der Lebensstile. Opladen: Leske + Budrich.
- Lüdtké, Hartmut (1995): Zeitverwendung und Lebensstile: Empirische Analysen zu Freizeitverhalten, expressiver Ungleichheit und Lebensqualität in Westdeutschland. Marburg: Institut für Soziologie der Philipps-Universität.
- Mackenbach, Johan P. (1994): *Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impacts of a five year research programme*. British Medical Journal 309, S. 1487–1491.
- Mackenbach, Johan P. (1995): *Tackling inequalities in health. Great need or evidence based interventions*. British Medical Journal 310, S. 1152–1153.
- Mackenbach, Johan P. (1998): *The Dutch experience with promoting research on inequality in health*. In: Arve-Parès (Hg.): Promoting research on inequality in health. Stockholm: Swedish Council for Social Research, S. 19–28.

- Mackenbach, Johan P. und Louise J. Gunning-Schepers (1997): *How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?* Journal of Epidemiology and Community Health 51, S. 359–364.
- Mackenbach, Johan P. und Martijntje J. Bakker (2002): *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge.
- Mackenbach, Johan P., Martijntje J. Bakker und European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health (2003): *Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences*. The Lancet 362 (9393), S. 1409–1414.
- Mäder, Ueli, Franziska Biedermann, Barbara Fischer und Hector Schmassmann (1991): *Armut im Kanton Basel-Stadt*. Social Strategies, 23.
- Marmot, Michael, George Davey Smith und Stephen Stansfield (1991): *Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study*. The Lancet 337, S. 1387–1393.
- Marmot, Michael (2004a): *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York: Times Book.
- Marmot, Michael (2004b): *Social determinants of health: a panoramic view*. Milano/Zürich: Balzan Prize.
- Marmot, Michael (2005): *Social determinants of health inequalities*. The Lancet 365, S. 1099–1104.
- Mayer, Karl Ulrich (Hg.) (1990): *Lebensverläufe und sozialer Wandel*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mayntz, Renate (1961): *Kritische Bemerkungen zur funktionalistischen Schichtungstheorie*. In: Glass, David W. und René König (Hg.): *Soziale Schichtung und soziale Mobilität*. Opladen: Sonderheft 5 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie.
- Meyer, Peter C. (2000): *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit: Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Mielck, Andreas (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Mithaug, Dennis E. (1996): *Equal Opportunity Theory*. London: Sage.
- Mooney, Gavin (1983): *Equity in health care: confronting the confusion*. Effective Health Care 1, S. 179–185.
- Moore, Harriet und Gerhard Kleining (1960): *Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 12 (1), S. 86–119.
- Müller, Hans-Peter (1992): *Sozialstruktur und Lebensstile: Der neuere theoretische Diskurs über soziale Ungleichheit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Müller, Hans-Peter und Bernd Wegener (Hg.) (1995): *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Müller-Schneider, Thomas (1994): *Schichten und Erlebnismilieus: Der Wandel der Milieustruktur in der Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Müller-Schneider, Thomas (1996): *Wandel der Milieulandschaft in Deutschland. Von hierarchisierenden zu subjektorientierten Wahrnehmungsmustern*. Zeitschrift für Soziologie 25, S. 190–206.
- Niemann, Steffen, Adrian Spörri und Thomas Abel (2005): *Bestandesaufnahme der Indikatoren sozialer Ungleichheit in der Schweizer Gesundheitsberichterstattung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Otte, Gunnar (1996): *Lebensstile versus Klassen – welche Sozialstrukturkonzeption kann die individuelle Parteipräferenz besser erklären?* In: Müller, Walter (Hg.): *Soziale Ungleichheit: Neue Befunde zu Strukturen, Bewusstsein und Politik*. Opladen: Leske + Budrich, S. 303–345.
- Parsons, Talcott (1940): *An Analytical Approach to the Theory of Social Stratification*. American Journal of Sociology 45, S. 841–862.
- Parsons, Talcott (1953): *A Revised Analytical Approach to the Theory of Social Stratification*. In: Bendix, Reinhard und Seymour Martin Lipset (Hg.): *Class, Status and Power*. Glencoe.
- Pearlin, Leonard I. (1989): *The Sociological Study of Stress*. Journal of Health and Social Behavior 30 (3), S. 241–256.
- Rawls, John (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rickenbach, M., V. Wietlisbach, C. Beretta-Piccoli, T. Moccetti und F. Gutzwiller (1993): *Smoking, blood pressure and body weight in the Swiss population: MONICA study 1988–89*. Schweiz Med Wochenschr 48, S. 21–28.
- Ritsert, Jürgen (1997): *Gerechtigkeit und Gleichheit*. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.

- Roemer, John E. (1996): *Theories of Distributive Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rüesch, Peter und Patrick Manzoni (2003): *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Ruschetti, Paul und Hanspeter Stamm (1991): *Muster der Statusverknüpfung in sechs westlichen Ländern*. In: Volker Borschier (Hg.): *Das Ende der sozialen Schichtung?* Zürich: Seismo, S. 99–125.
- Sarason, I. G., J. H. Johnson und J. M. Siegel (1978): *Assessing the impact of life changes: Development of the life expectancy survey*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, S. 932–946.
- Schelsky, Helmut (1957): *Schule und Erziehung in der industriellen Gesellschaft*. Würzburg: Werkbund.
- Schimank, Uwe (2002): *Das zwiespältige Individuum: Zum Person-Gesellschaft-Arrangement der Moderne*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schmidt, Volker H. (2000): *Bedingte Gerechtigkeit: Soziologische Analysen und philosophische Theorien*. Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Schopper, Doris (2005): *Gesundes Körpergewicht: Wie können wir der Übergewichtsepidemie entgegenwirken? Wissenschaftliche Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie für die Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Schopper, Doris und Reto Obrist (2005): *Das Nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2005–2010*. *Schweizerische Ärztezeitung* 86 (21), S. 1298–1305.
- Schulze, Gerhard (1992): *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schutz, Yves und Virgile Woringer (2002): *Obesity in Switzerland: a critical assessment of prevalence in children and adults*. *International Journal of Obesity* 26 (2), S. 3–11.
- Schwartz, Joseph E. (2001): *Social Inequalities, Stress, and Health*. In: Blau, Judith R. (Hg.): *The Blackwell Companion to Sociology*. Malden (Massachusetts)/Oxford: Blackwell Publisher, S. 345–360.
- Schwarzer, Ralf (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwenk, Otto G. (1999): *Soziale Lagen in der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.
- Semmer, Norbert K., Joseph E. McGrath und Terry A. Beehr (2005): *Conceptual Issues in Research on Stress and Health*. In: Cooper, Cary L. (Hg.): *Handbook of Stress Medicine and Health*. Boca Raton: CRC Press, S. 1–44.
- Siegrist, Johannes (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, Johannes (2001): *Distributive Gerechtigkeit und Gesundheit: eine medizinsoziologische Perspektive*. *Ethik in der Medizin* 13, S. 33–44.
- Siegrist, Johannes (2005): *Medizinische Soziologie*. München: Urban & Fischer.
- Siegrist, Johannes, Richard Peter, Astrid Junge, Peter Cremer und Dieter Seidel (1990): *Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men*. *Social Science & Medicine* 31 (10), S. 1127–1134.
- Sobal, Jeffery und Albert J. Stunkard (1989): *Socioeconomic Status and Obesity: A Review of Literature*. *Psychological Bulletin* 105 (2), S. 260–275.
- Sorensen, Aage B. (2000): *Toward a Sounder Basis for Class Analysis*. *American Journal of Sociology* 105, S. 1523–1558.
- Spellerberg, Annette (1996): *Soziale Differenzierung durch Lebensstile: Eine empirische Untersuchung zur Lebensqualität in West- und Ostdeutschland*. Berlin: edition sigma.
- Stamm, Hanspeter und Markus Lamprecht (2004): *Die ungleiche Verteilung von Ressourcen und Privilegien in der Schweiz*. In: Suter, Christian, Isabelle Renschler und Dominique Joye (Hg.): *Sozialbericht 2004*. Zürich: Seismo, S. 21–42.
- Stamm, Hanspeter und Markus Lamprecht (2005): *Entwicklung der Sozialstruktur*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Stamm, Hanspeter, Markus Lamprecht und Rolf Nef (2003): *Soziale Ungleichheit in der Schweiz: Strukturen und Wahrnehmungen*. Zürich: Seismo.
- Steinmann, Ralph M. (2005): *Psychische Gesundheit – Stress: Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

- Streuli, Elisa und Tobias Bauer (2002): Working Poor in der Schweiz. Konzepte, Ausmass und Problemlagen aufgrund der Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Stronks, Karien, H. van de Mheen, Caspar W. N. Looman und Johan P. Mackenbach (1998): *The importance of psychosocial stressors for socioeconomic inequalities in perceived health*. *Social Science & Medicine* 46 (4-5), S. 611-623.
- Suter, Christian, Isabelle Renschler und Dominique Joye (Hg.) (2004): Sozialbericht 2004. Zürich: Seismo.
- Suter, Christian, Monica Budowski und Peter C. Meyer (1996): *Einkommensschwäche, Unterversorgung und Mangellagen bei allein-erziehenden Müttern in der Stadt Zürich: Ergebnisse einer Längsschnittstudie*. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 22(1): 27-57.
- Suter, Paolo M. (2005): Checkliste Ernährung. Stuttgart/New York: Thieme.
- The Centers for Disease Control and Prevention, CDC: (2005): www.cdc.gov, zugegriffen am 31. August 2005.
- Townsend, P und N Davidson (1992): *The Black report 1982*. In: Townsend, P, M Whitehead und N Davidson (Hg.): *Inequalities in health: the Black report and the health divide*. London: Penguin Books, S. 29-213.
- Tumin, Melvin M. (1967): *Social Stratification: The Forms and Functions of Inequality*. Englewood Cliffs/New Jersey: Prentice-Hall.
- Ueltzhöffer, Jörg und Bodo Berthold Flaig (1993): *Spuren der Gemeinsamkeit? Soziale Milieus in Ost- und Westdeutschland*. In: Weidenfeld, Werner (Hg.): *Deutschland. Eine Nation – doppelte Geschichte. Materialien zum deutschen Selbstverständnis*. Köln: Wirtschaft und Politik, S. 61-81.
- Vader, John-Paul, Christoph E. Minder und Thomas Spuhler (1993): *Sterblichkeit*. In: Weiss, Walter (Hg.): *Gesundheit in der Schweiz*. Zürich: Seismo, S. 17-28.
- Wegener, Bernd (1988): *Kritik des Prestiges*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Whitehead, Margret und G. Dahlgren (1991): *What Can Be Done About Inequalities in Health*. *The Lancet* 338 (8774), S. 1059-1063.
- Whitehead, Margaret (1997): *Bridging the gap. Working toward equity in health and health care*. Sundbyberg: Karolinska Institutet.
- WHO Regionalbüro für Europa (1985): *Einzelziele für Gesundheit 2000*. Kopenhagen: WHO.
- WHO (2000 (reprinted 2004)): *Obesity: Preventing and managing the global epidemic WHO Technical Report Series*. Genf: WHO.
- WHO (2002): *Health Impact Assessment in Development Policy and Planning. Report of an Informal WHO Consultative Meeting*. Genf: WHO.
- WHO (2004): *Global strategy on diet physical activity and health Agenda item 12.6*. Genf: WHO.
- Wilkinson Richard und Michael Marmot (Eds.) (1998): *Social determinants of health. The solid facts*. EUR/ICP/CHVD 03 09 01. WHO/EURO, Copenhagen.
- Wilkinson, Richard G. (1996): *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality*. London/New York: Routledge.
- Wright, Eric O. (1985): *Classes*. London: Verso Edition.
- Wright, Eric O. (1997): *Class Counts: Comparative Studies in Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wydtler, Hans (1997): *Chancengleichheit im Gesundheitsbereich*. *Sozial- und Präventivmedizin* 42 (Suppl. 1), S. 3-5.
- Zerger, Frithjof (2000): *Klassen, Milieus und Individualisierung: Eine empirische Untersuchung zum Umbruch der Sozialstruktur*. Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Zimmermann, Erwin und Walter Weiss (2004): *Gesundheit und Krankheit als Folge sozialer Ungleichheit*. In: Suter, Christian, Isabelle Renschler und Dominique Joye (Hg.): *Sozialbericht 2004*. Zürich: Seismo.
- Zwicky, Heinrich (o.J.): *Die Wahrnehmung sozialer Ungleichheit. Kurzzusammenfassung der Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Schweizerischen Wohnbevölkerung*. Zürich: Soziologisches Institut der Universität Zürich.