SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Soziale Ungleichheit und Krankheit in der BRD: langfristige Perspektiven

Kirchgässler, Klaus-Uwe

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Kirchgässler, K.-U. (1989). Soziale Ungleichheit und Krankheit in der BRD: langfristige Perspektiven. In H.-J. Hoffmann-Nowotny (Hrsg.), *Kultur und Gesellschaft: gemeinsamer Kongreß der Deutschen, der Österreichischen und der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie, Zürich 1988 ; Beiträge der Forschungskomitees, Sektionen und Ad-hoc-Gruppen* (S. 218-221). Zürich: Seismo Verl. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-147720

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

werte, Körpergewicht, Zigarettenrauchen; z.B. Marmot). Hier handelt es sich um den traditionellen Ansatz der Sozialepidemiologie, mit dem Vorteil einfacher Messung und Datenanalyse, jedoch in der Regel mit dem Nachteil eines geringen Erklärungsgehalts.

Zweidimensionale Modelle kombinieren theoretisch hergeleitete soziologische Prädiktoren und leisten damit einen Beitrag zur Spezifizierung des Belastungsgeschehens (wobei selbstverständlich auch hier, wie ebenso bei hierarchischen Modellen, zusätzlich intervenierende Grössen berücksichtigt werden). Beispiele wie die Puffer-Hypothese sozialen Rückhalts bei Arbeitsbelastungen (House) oder das zweidimensionale Modell beruflicher Belastungserfahrungen, das neben den Anforderungen den Handlungsspielraum am Arbeitsplatz berücksichtigt (Karasek und Theorell), werden in diesem Zusammenhang erörtert.

Einen weiteren Schritt in Richtung analytische Durchdringung des genannten Zusammenhanges zwischen sozialer Lage und Erkrankungsrisiko stellen hierarchische Modelle dar. Sie spezifizieren das Verhältnis zwischen objektiven Stressoren und subjektivem Umgang mit Belastungserfahrungen in Form konditionaler Effekte: nur wenn ein stresstheoretisch relevanter sozialer Kontext gegeben ist, üben subjektive Belastungserfahrungen, wie auch immer biographisch und persönlichkeitsspezifisch ko-determiniert, signifikante und relevante Effekte auf Indikatoren des Herz-Kreislaufrisikos aus. Anhand linearer Strukturgleichungsmodelle, loglinearer Modelle, zum Teil auch anhand von Varianzanalysen mit Haupt- und Interaktionseffekten lassen sich Hypothesen zu hierarchisch-konditionalen Effekten empirisch prüfen.

Ausgehend vom Theorem bedrohter sozialer Statuskontrolle werden anhand von Daten aus der sog. prospektiven Marburger Industriearbeiter-Studie Ergebnisse vorgestellt, welche zur Erklärung des hohen Anteils von Arbeitern mit erhöhten Blutdruck- und Blutfettwerten beitragen.

Zusammenfassend: Soziogenetische Modelle differentieller Morbidität haben in der gegenwärtigen medizinsoziologischen Forschung einen erheblichen Gewinn an Präzisierung gegenüber der traditionell-sozialepidemiologischen Forschung aufzuweisen. Sie leisten damit nicht nur einen Beitrag zu einer konstruktiven Verbindung von Theorie und Praxis, sondern sind auch für Verbindungslinien zwischen soziologischen Spezialdisziplinen (hier: Medizinsoziologie) und allgemeiner soziologischer Theorie von Bedeutung.

Soziale Ungleichheit und Krankheit in der BRD: langfristige Perspektiven

Klaus-Uwe Kirchgässler (Giessen)

Es gilt in der Sozialepidemiologie und der soziologischen Ungleichheitsforschung als unbestritten, dass, unabhängig von den jeweiligen Messverfahren, welche die soziale Lage von Individuen bestimmen, jene Gruppen am meisten von Krankheit und frühzeitigem Tod gefährdet sind, die sich in der gesellschaftlichen Hierarchie ganz unten befinden. Keineswegs geklärt ist allerdings, welche *Ten-*

denzen diese gesundheitsbezogenen Ungleichheiten aufweisen, d.h. ob sie zunehmen, abnehmen oder stabil bleiben. Daten aus den angelsächsischen und skandinavischen Ländern sind in dieser Hinsicht widersprüchlich. Diese Ungewissheit bezüglich langfristiger Trends der sozialen Ungleichheit teilt die Sozialepidemiologie mit der soziologischen Ungleichheitsforschung insgesamt. Auf Grund der engen Beziehungen von sozialer Lage und Krankheit soll hier versucht werden, durch eine Analyse dieses Zusammenhangs unter einer langfristigen Perspektive für den Bereich der Bundesrepublik einerseits einen Beitrag zur Sozialepidemiologie, andererseits auch einen Beitrag zur Soziologie der sozialen Ungleichheit zu leisten.

Der Analyse langfristiger Trends von sozialer Ungleichheit und Krankheit stehen in der Bundesrepublik jedoch schwerwiegende Hindernisse entgegen. Epidemiologische Untersuchungen, die den Zusammenhang von sozialer Schicht und Krankheit explizit thematisieren, finden sich erst seit den siebziger Jahren, meist begrenzt auf eine urbane Region und nur schwer vergleichbar, da sie verschiedene Verfahren zur Messung sozialer Ungleichheit verwenden. Dies bedeutet, dass man für Langzeitvergleiche auf administrative Daten im Gesundheitswesen zurückverwiesen wird, die zwar regelmässig erhoben werden, deren soziologische Relevanz jedoch schwer zu beurteilen ist, da sie im allgemeinen keine Hinweise auf soziale Schichtzugehörigkeit enthalten und allenfalls nach der Zugehörigkeit zu den sozialrechtlichen Kategorien Arbeiter, Angestellte, Beamte gegliedert sind. Man kann aber anhand der Ergebnisse einer Reihe soziologischer Untersuchungen (etwa zu Einkommen, Mobilität, Heiratsmarkt etc.) argumentieren, dass die sozialrechtliche Differenz von Arbeitern und Angestellten zwar nicht umstandslos als Schichtdifferenz interpretiert werden darf, aber dennoch für die soziale Lage der diesen Gruppen zugehörigen Personen von Bedeutung ist, zumal die Statuszuschreibung über den Beruf gerade für hochindustrialisierte Gesellschaften herausragende Bedeutung hat. Im folgenden wurde daher versucht, veröffentlichte administrative Daten für die Frage nach langfristigen Trends von Krankheit und sozialer Lage in der BRD nutzbar zu machen.

Daten zur Sterblichkeit stellen in der Epidemiologie die "härtesten" Endpunkte dar (insbesondere in der Form standardisierter Sterbeziffern). In der Bundesrepublik können sie aber nicht auf soziale Gruppen bezogen werden. Dies gilt ebenfalls für den wichtigen Indikator der *Säuglingssterblichkeit.* Die administrativen Daten erlauben es allerdings, Unterschiede zwischen sozialen Gruppen zu analysieren, die als soziokulturell benachteiligt gelten, nämlich unehelich geborene Säuglinge (und deren Mütter) sowie Neugeborene von Müttern mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Hierbei zeigen sich divergierende Trends: In bezug auf die Gruppe der unehelich Neugeborenen ist eine Reduktion der Differenz zwischen 1950 und 1985 offensichtlich (wenngleich sie weiterhin besteht), was auf eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz lediger Mütter hindeuten könnte. Vergleicht man hingegen die perinatale Mortalität von deutschen und ausländischen Neugeborenen zwischen 1972 und 1983, so scheint sich nach einer Phase der

Annäherung der beiden Raten die "Schere" wieder zu öffnen. Bezieht man diese Befunde auf die Ergebnisse der Perinatalstudie Niedersachsen/Bremen, so könnte diese Entwicklung v.a. zu Lasten der türkischen Neugeborenen gehen, die in der genannten Studie bei weitem die höchste perinatale Mortalität aufwiesen.

Aus den Angaben der Rentenversicherer über das durchschnittliche Rentenwegfallsalter lässt sich ein *mortalitätsbezogener* Indikator für die vorliegende Fragestellung konstruieren. Es finden sich dabei charakteristische Differenzen zwischen den Versicherten der Arbeiter- und der Angestelltenrentenversicherung, wobei sich bei Männern diese Unterschiede von ca. 2 Jahren zuungunsten der Arbeiter zwischen 1965 und 1985 geringfügig nivelliert haben und etwa seit 1980 wieder auseinanderzudriften scheinen.

Bezüglich der *Morbidität* lassen sich mehrere Indikatoren allgemeiner und vor allem chronischer Morbidität konstruieren, die es erlauben, zumindest die grossen Gruppen Angestellte und Arbeiter miteinander zu vergleichen. Mit dem hoch aggregierten Mass der *Anzahl der Krankenhaustage pro Mitglied* einzelner Krankenkassen kann man die allgemeine Morbidität erfassen, die relativ unabhängig von konjunkturellen Schwankungen ist. Dabei zeigt sich, dass die Krankenhaustage pro Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkassen und der Ersatzkassen für Angestellte stets zugunsten der letzteren differieren und eher eine Tendenz zur Verstärkung haben. Dies könnte bedeuten, dass sich erhöhte Morbidität von Arbeitern im Erwerbsalter in erhöhter Morbidität im Rentenalter fortsetzt.

Diese erhöhte Frühmorbidität dokumentiert sich auch in den Daten zur *Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit*, wo sich insbesondere bei Männern eine höhere Rate in der Arbeiter- als in der Angestelltenrentenversicherung findet, die über 20 Jahre hinweg erstaunlich stabil bleibt und anscheinend Einflüssen des Arbeitsmarktes nur in geringem Masse ausgesetzt ist. Ergänzt man diese Befunde durch Betrachtung des *Durchschnittsalters bei Frühberentung* wegen Erwerbsunfähigkeit, so sind die Daten bei Männern konsistent mit der Annahme, dass Arbeiter nicht nur höhere chronische Morbidität aufweisen, sondern diese sich auch früher auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt als bei Angestellten. Ein weiterer Indikator für schwerwiegende (und meist chronische) Morbidität steht mit den *Rehabilitationsdaten* der Rentenversicherer zur Verfügung. Durch Vergleich der Anteile der jeweiligen Gruppen mit ihren Anteilen an der Erwerbsbevölkerung zeigt sich, dass die ohnehin stark ausgeprägte Überrepräsentation der Arbeiter bei den Rehabilitationsmassnahmen insgesamt bis 1982 kontinuierlich angestiegen ist und erst im Jahre 1985 eine Tendenz zur Verringerung aufweist. Die Unterrepräsentierung der Angestellten nimmt hingegen weiter zu, da ihr Anteil an der Erwerbsbevölkerung steigt.

Betrachtet man die Entwicklung der globalen Gesundheitsdaten über Zeit, überwiegen insgesamt gesehen positive Trends: Zunahme der Lebenserwartung, höheres Sterbealter, und Abnahme der standardisierten Mortalitätsziffern bei den wichtigsten Krankheitsgruppen. Im Rahmen dieser Entwicklung bleiben jedoch die *Differenzen* zwischen den Gruppen der Angestellten und Arbeiter weitgehend

konstant (in einigen Bereichen nehmen sie zu, in anderen ab). Interpretiert man diese Zahlen als Ausdruck einer Schichtdifferenz, wäre damit in bezug auf Krankheit eine weitgehende *Stabilität* sozialer Ungleichheit gegeben.

Inwieweit könnte eine verbesserte Integration im Gesundheitssystem zur Verminderung der Ungleichheit in der medizinischen Versorgung beitragen? - Ein Erfahrungsbericht

Hannes Schmidl / Felicitas Römer (Wien)

Einleitung

Die Grundfrage lautet, ob Ungleichheit in der medizinischen Versorgung eine Frage der Organisation oder der Kultur ist. In Wien wird seit etwa 10 Jahren eine Organisationsverbesserung durch bessere Integration vorhandener Einrichtungen angestrebt. Eine Verringerung von Ungleichheit in der medizinischen Versorgung ist nach vorliegenden Erfahrungen dadurch nur dann erzielbar, wenn Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem abgebaut werden. Dies betrifft aber hauptsächlich den Bereich der tatsächlichen Wahrnehmung vorhandener Rechte. Vielversprechender erscheinen uns Veränderungen in der Kultur der Gesundheit. Dies betrifft sowohl die Organisationskultur von Institutionen innerhalb und ausserhalb des medizinischen Versorgungssystems als auch die generelle Einstellung gegenüber Gesundheit. Das Konzept der Gesundheitsförderung und hier insbesondere die städtische Umsetzungsstrategie im Rahmen des Healthy-Cities-Projekts der WHO ist ein theoretisch befriedigender Ansatz zur kulturellen Veränderung im Gesundheitsbereich.

Gesundheitsförderung und das Healthy-Cities-Projekt des WHO

Die Grundstrategie des Projekts ist durch fünf Elemente gekennzeichnet:

a) kommunalpolitisches Engagement für die Gesundheitsförderung,
b) Entwicklung operativer Konzepte für die Gesundheitsförderung,
c) Mitbestimmung und Mitwirkung,
d) umsetzungsorientiertes Wissen, Ausbildung und Öffentlichkeitsarbeit,
e) Forschungsunterstützung.

Das Projekt ist derzeit in 25 europäischen Städten zentriert. Zusammenfassend ist der Projektstand wie folgt:

ad a) Es ist in einigen Projektstädten gelungen, intersektorale Projektkomitees auf hoher politischer Ebene zu installieren. Die Ausstattung von "organisatorischen Schaltstellen" mit Personal und Mitarbeitern ist relativ gering. Dies muss aber nicht notwendigerweise ein Nachteil sein, da es ja nicht um die Schaffung einer neuen Einrichtung, sondern um Koordination und Veränderung bisheriger Einrichtungen geht. In einigen Städten wurden auch grundsatzpolitische Dokumente von der Stadtregierung beschlossen.