



# hbsc/10

## Schule und Ungleichheit in Österreich

Auswertung der Daten des WHO-HBSC-Surveys 1998  
zum Verhältnis von sozialer Ungleichheit  
und Gesundheit bei Jugendlichen

**Endbericht**

August 2000

Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie



A-1090 Wien, Rooseveltplatz 2/4  
Tel. +43/1/4277-48208 Fax +43/1/4277-48290  
e-mail: hm.soc-gruwi@univie.ac.at / www.univie.ac.at/lbimsg  
Leitung: Univ.-Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan, Mag. Peter Nowak

# Schule und Ungleichheit in Österreich

Auswertung der Daten des WHO-HBSC-Surveys 1998  
zum Verhältnis von sozialer Ungleichheit  
und Gesundheit bei Jugendlichen

**Endbericht**

# hbsc/10

im Auftrag des Bundesministeriums  
für soziale Sicherheit  
und Generationen

August 2000



Ludwig Boltzmann Gesellschaft

UNIVERSITÄT  
INSTITUT FÜR SOZIOLOGIE



WIEN

# **s t a b**

des Ludwig Boltzmann-Institutes  
für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS)

*Projektleitung*

Mag. Dr. Wolfgang Dür

*Wissenschaftliche Mitarbeit*

Mag. Dr. Ernst Halbmeier

Mag. Katharina Mravlag

Isabella Schuß

Mag. Thomas Stidl

*Statistik*

Mag. Günther Kernbeiß

*Finanzmanagement*

Mag. Peter Nowak

Ernst Steininger

*Grafik und Lay-out*

Alexander Popp

Hermann Schmied

*Sekretariat*

Johanna Bower

*EDV-Unterstützung*

Klaus Unterholzner

*Grafisches Konzept*

eichinger oder knechtl



## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Zum Verständnis von sozialer Ungleichheit in der soziologischen Theorie</b> .....	<b>7</b>
1.1. Soziale Ungleichheit als sozioökonomische Ungleichheit .....	7
1.2. Erklärungsmodelle für den Zusammenhang von sozioökonomischer Ungleichheit und Gesundheit.....	8
1.2.1. Die Wirkung materieller Lebensbedingungen .....	8
1.2.2. Die Wirkung des ungleichen Zugangs zu medizinischen Leistungen .....	9
1.2.3. Die Wirkung sozialer Selektionsmechanismen .....	9
1.2.4. Die Wirkung von Faktoren im frühen Leben .....	10
1.2.5. Die Wirkung einer generellen Empfänglichkeit oder spezifischer Krankheitsursachen .....	10
1.2.6. Die Wirkung von Risikofaktoren & Lifestyles .....	11
1.2.7. Die Wirkung psychosozialer Faktoren .....	13
1.2.8. Einige Messprobleme im Zusammenhang mit Indikatoren sozioökonomischer Ungleichheit .....	14
1.3. Soziale Ungleichheit in bezug auf unterschiedliche Lagen, Milieus und Lebensformen .....	14
1.3.1. Empirische Dimensionen gesundheitlich relevanter Ungleichheit .....	15
1.3.2. Vom ökonomischen zum sozialen Kapital: Ressourcen und Akteure.....	16
1.3.3. Exklusion aus sozialen Systemen und Marginalisierung .....	18
1.3.4. Zusammenfassung: Sozioökonomische Faktoren, soziales Kapital und soziale Exklusion .....	20
1.4. Soziale Ungleichheit und die Gesundheit von Jugendlichen .....	20
1.4.1. Kurze Geschichte der „Jugend“ .....	20
1.4.2. Zur wissenschaftlichen Konstruktion von Jugend .....	23
1.4.3. Zur Größenordnung der Population .....	24
1.4.4. Die soziale Dimension der Adoleszenz .....	24
1.4.5. Beurteilung der sozialen Dimension der Adoleszenz vor dem Hintergrund der Ottawa-Charter .....	25
1.4.6. Definition von Kinder- und Jugendarmut im Sinne der sozioökonomischen Ungleichheit .....	26
1.4.7. Das Ausmaß der sozio-ökonomischen Kinder- und Jugendarmut .....	26
1.4.8. Der Zusammenhang von Kinder- und Jugendarmut und Gesundheit .....	27
<b>2. Soziale Ungleichheit und die Gesundheit österreichischer Kinder und Jugendlicher</b> .....	<b>30</b>
2.1. Der sozioökonomische Status der Familien .....	30
2.2. Soziale Ungleichheit in bezug auf das soziale Kapital.....	34
2.3. Soziale Ungleichheit bezogen auf das Symbolische Kapital .....	38
2.4. Soziale Ungleichheit und die Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen.....	38
2.4.1. Soziale Ungleichheit und die subjektive Gesundheit .....	38
2.4.2. Soziale Ungleichheit und die Auswirkungen auf das Wohlbefinden .....	41
2.4.3. Soziale Ungleichheit und die Auswirkungen auf die mentale Gesundheit.....	44
2.5. Soziale Ungleichheit und das Risikoverhalten der Jugendlichen am Beispiel Rauchen.....	46

2.6.	Zusammenfassung .....	50
<b>3.</b>	<b>Politische Ziele und Maßnahmen in der Gesundheits-förderung zur Kompensation von gesundheitlichen Ungleichheitsfolgen .....</b>	<b>53</b>
3.1.	Unvermeidbare, akzeptierbare und ungerechte Ungleichheit.....	53
3.2.	Ungleichheit als Leitidee der Gesundheitspolitik .....	55
3.3.	Konsequenzen für eine Politik zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit bei Jugendlichen.....	57
<b>4.</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>60</b>

# 1. Zum Verständnis von sozialer Ungleichheit in der soziologischen Theorie

## 1.1. Soziale Ungleichheit als sozioökonomische Ungleichheit

In Gesellschaften, die, wie unsere modernen, demokratischen Gesellschaften, die Gleichheit der Menschen zu ihren Konstitutionsbedingungen rechnen, ist Ungleichheit nicht nur irgendein Problem, das vielleicht moralisch irritiert, sondern eines, das an den Grundfesten der Macht- und Legitimationsverhältnisse rüttelt. Ungleichheit erzeugt daher unmittelbar politischen Handlungsbedarf: sie muss entweder gut begründet oder aufgehoben werden. Da moderne Gesellschaften jedoch funktional differenziert sind, hat das Problem der Ungleichheit nicht nur einen einzigen, hochspezifischen Zuschnitt, dem man mit einem ebenso hochspezifischen Programm begegnen könnte, sondern es tritt vielmehr in jedem Funktionssystem in jeweils spezifischer Gestalt und Eigenart auf. Letztlich geht es dabei immer um den Zugang zu jeweiligen funktionssystemspezifischen Ressourcen, seien diese ökonomischer, rechtlicher, politischer, qualifikatorischer oder etwa auch gesundheitlicher Art. Alle diese Ungleichheiten folgen einer jeweils eigenen Differenzierungslogik und müssen klar unterschieden werden. Das heißt auch, dass die Mechanismen, die Ungleichheit erzeugen, nicht strukturell aneinander gekoppelt sind, so dass aus der Ungleichheit in einem zwangsläufig Ungleichheit in einem anderen System folgt, wenn man auch bei bestimmten Populationen Häufungen beobachten kann.

Alle Ungleichheiten bzw. die sie erzeugenden Verteilungsmechanismen haben aber dieses gemeinsam, dass sie konkreten Individuen Ressourcen entweder zukommen lassen oder versagen. Sie spielen daher an der Schnittstelle Individuum/Gesellschaft eine zentrale Rolle, da sie die Möglichkeiten bedingen, wie weit Individuen Ressourcen zur Lebensbewältigung verfügbar haben und Lebensinteressen realisieren können. Sie alle stehen daher zunächst im Verdacht, die Gesundheit der Individuen positiv oder negativ zu beeinflussen.

Gerade weil Gleichheit/Ungleichheit ein so basales Differenzierungsschema der modernen Gesellschaft darstellt, das Zugangsbedingungen formuliert, ist es wiederum nicht leicht, die Vielfalt der konkreten Phänomene durch plausible wissenschaftliche Konzepte zu erfassen.<sup>1</sup> In der Soziologie gibt es daher unterschiedliche Zugänge zur Beschreibung von Ungleichheit. Das einfachste und gebräuchlichste Konzept ist dabei sicher jenes der

---

<sup>1</sup> Im Folgenden werden drei verschiedene Ungleichheitstheorien behandelt, die jeweils auf bestimmte soziale Mechanismen der Erzeugung von Ungleichheit rekurrieren. Entscheidend dabei ist, dass diese Mechanismen für den Bestand und die Selbstfortsetzung der modernen Gesellschaft strukturelle Bedeutung haben, also nur durch weitreichende strukturelle Änderungen beseitigt, ansonsten aber nur kompensiert, also in gewisser Weise entschädigt, werden können (vgl. Luhmann 1979, Der Wohlfahrtsstaat, Westdeutscher Verlag.). Von ganz anderer Art in systemtheoretischer Perspektive sind die Ungleichheiten, die mit dem Geschlecht oder dem Alter der Individuen zusammenhängen. Diese Ungleichheiten sind nicht in den Funktionsbedingungen der modernen Gesellschaft begründet, sondern folgen eher Verzögerungen in ihrer Entwicklung. Es wird damit aber nicht ausgeschlossen, dass der Erfolg des feministischen Standpunkts gerade damit zusammenhängt, dass er über alle differenzierten Ungleichheitsmechanismen hinweg eine einheitliche, komplexitätsreduzierende Perspektive eröffnet.

sozioökonomischen Ungleichheit, welches Unterschiede des Einkommens, der Bildung und des Berufsstatus berücksichtigt.

Der empirische Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Ungleichheit und Gesundheitsindikatoren, insbesondere der Morbidität und Mortalität ist ausgezeichnet und vielfach in der wissenschaftlichen Literatur dokumentiert. Diesbezügliche Forschungen begannen bereits im vorigen Jahrhundert.<sup>2</sup> Sie alle zeigen über die Zeit und für eine Vielfalt von Ländern, dass eine Person mit geringem sozioökonomischen Status mit weit größerer Wahrscheinlichkeit krank wird und früher sterben wird, als eine Person mit hohem sozioökonomischen Status.

Dabei spielt nicht nur der reale Nullpunkt, also die tatsächlichen Entbehrungen und Belastungen der unteren Schichten eine Rolle, sondern, wie neuere Forschungen zeigen (*Wilkinson 1996*), mehr noch die Größe des Unterschieds zwischen den Schichten. Das Interesse der Forschung gilt daher verstärkt der „Ungleichheitsschere“. Für England wurde gezeigt, dass sich die Ungleichheitsschere in einem Zeitraum von vierzig Jahren (1931-1971) immer weiter öffnete, dass aber dennoch die durchschnittliche Lebenserwartung gestiegen ist (*Black 1988; Whitehead 1988*). Das liegt daran, dass die Ungleichheit zwar größer wird, dass am unteren Extrem aber weniger Menschen betroffen sind, die oberflächlich betrachtet statistisch nicht ins Gewicht fallen, die es dafür um so härter trifft. Angesichts der empirischen Abgesichertheit des Zusammenhanges von Krankheit und sozioökonomischer Ungleichheit hat sich die Diskussion insbesondere auf die Frage verlagert, durch welche Faktoren dieser Zusammenhang erklärt werden kann.

## **1.2. Erklärungsmodelle für den Zusammenhang von sozioökonomischer Ungleichheit und Gesundheit**

Für das Verständnis dieses Zusammenhangs von sozioökonomischer Ungleichheit und Gesundheit wurden von verschiedenen Arbeitsgruppen der Public Health-Forschung unterschiedliche Modelle entwickelt und ausführlich diskutiert (*Marmot, Bobak et al 1995; Helweg-Larsen 1997; Pientka 1994; Davey Smith, Blane et al 1994*). Einige der zentralen Annahmen in diesen Modellen sollen im folgenden skizziert und diskutiert werden.

### **1.2.1. Die Wirkung materieller Lebensbedingungen**

Solange die Menschen in überbevölkerten Städten mit großen internen Infektionsraten lebten, in unhygienischen, feuchten Wohnungen hausten, verschmutztes Wasser tranken, sich nur unzureichend ernähren konnten und bei all dem ausbeuterischen Arbeitsbedingungen ausgesetzt waren, war das Erklärungspotential der materiellen Lebensbedingungen für den Gesundheitszustand der Bevölkerung offensichtlich. Soziale Unterschiede in Bezug auf diese Lebensbedingungen, ein Mehr oder Weniger an materieller Deprivation musste sich nahezu eins-zu-eins in Gesundheit und Lebenserwartung niederschlagen. Diese Erkenntnis markiert daher auch den Beginn der Sozialmedizin im 19. Jahrhundert (vgl. *Deppe/Regus 1975*).

---

<sup>2</sup> Für eine frühe und umfangreiche deutsche Arbeit siehe z.B. (Mosse, Tugendreich et al 1981) Orig. 1913.



Mit Etablierung des Wohlfahrtsstaates, mit der Durchsetzung von Arbeitnehmerrechten und der allgemeinen Entwicklung des gesellschaftlichen Reichtums in den hochindustrialisierten Gesellschaften jedoch kam diesen Faktoren eine immer geringere Rolle zu. Es stellt sich heute die Frage daher neu, wodurch der sozioökonomische Status von Individuen deren Gesundheit beeinträchtigt. Neuere Untersuchungen, wie insbesondere die Arbeiten des englischen Epidemiologen Wilkinson über Einkommensunterschiede (*Wilkinson 1996; Wilkinson 1986*) implizieren, dass in modernen Gesellschaften, die jedermann ein gewisses Maß an materieller Grundsicherung bieten können, dann nicht mehr so sehr die absolute, sondern die relative Armut einen negativen Einfluss auf die Gesundheit hat. Verkürzt gesagt: auch bei objektiv gleich geringem Lebensstandard sind einkommensschwache Schichten in tendenziell egalitären Gesellschaften gesünder als Unterschichten in Gesellschaften mit großen Einkommensunterschieden.

Das Rationale dahinter scheint zu sein, dass für die Gesundheit der Individuen auch deren Annahmen über einen adäquaten, sozusagen „gesellschaftsangemessenen“ Lebensstandard eine wichtige Rolle spielt, so dass sich dessen Nicht-Erreichen bzw. die Enttäuschung als legitim erlebter sozialer Erwartungen negativ auf den psychosomatischen Haushalt der Person auswirken kann. Diese Erklärung wird auch von der Arbeitsgruppe um Michael Marmot angewendet und auf die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Gesellschaften mit unterschiedlichen Wirtschaftssystemen umgelegt (*Marmot, Bobak et al 1995*).

### **1.2.2. Die Wirkung des ungleichen Zugangs zu medizinischen Leistungen**

Als eine weitere mögliche Erklärung für gesundheitliche Unterschiede als Folge sozialer Ungleichheit wurde der ungleiche Zugang zum System der medizinischen Versorgung diskutiert. Insbesondere in Gesellschaften, die wie Österreich vergleichsweise egalitäre Zugangsmechanismen haben, scheint dieser Faktor allerdings von geringer Bedeutung zu sein.

Während positive Auswirkungen der medizinischen Versorgung auf die Lebenserwartung und teilweise auf die Lebensqualität als nachgewiesen gelten (Bunker, Frazier et al 1994), wird dem ungleichen Zugang und der ungleichen Inanspruchnahme medizinischer Versorgung nur ein sehr geringer Erklärungswert für die gesundheitliche Ungleichheit von Bevölkerungsgruppen zugerechnet (*Marmot, Bobak et al 1995; Helweg-Larsen 1997*). Dennoch gilt der egalitäre Zugang zu Gesundheitsleistungen als Qualitätsmerkmal eines Gesundheitssystems. Da dies durch das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich weitgehend gewährleistet ist, scheint das Zugangs-Argument hierzulande wenig überzeugend zu sein, insbesondere wenn es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geht.

### **1.2.3. Die Wirkung sozialer Selektionsmechanismen**

Die These der sozialen Selektion geht von der Annahme aus, dass Gesundheit den sozialen Status determiniert und nicht umgekehrt. Die kohärenteste Erklärung in diesem Zusammenhang ist, dass es zu einer sozialen Abwärtsbewegung durch Krankheit komme,

was einen überdurchschnittlichen Anteil ungesunder Individuen am unteren Ende der sozialen Schichtung produziere.

Neuere Erklärungsversuche gehen davon aus, dass diese (Abwärts-)Selektion bereits zwischen früher Kindheit und dem Eintritt in den Arbeitsprozess beginnt. Es gibt Evidenz dafür, dass Krankheit im Kindheitsalter mit sozialer Abwärtsbewegung assoziiert ist (*Illsley 1986; West 1991*), aber der sozialepidemiologische Effekt in Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken dürfte eher sehr gering sein, weshalb reale Unterschiede im Gesundheitszustand nicht darüber zu begründen sind (*Marmot, Bobak et al 1995*)

#### **1.2.4. Die Wirkung von Faktoren im frühen Leben**

Eine andere Theorie ist die der „indirekten Selektion“. Sie geht davon aus, dass gemeinsame Hintergrundvariablen (genetische Faktoren, biologische Resultate früher Erfahrungen, kulturelle, psychologische und Bildungsfaktoren), die in der frühen Kindheit und Jugend wirken, sowohl die soziale Position als auch die Gesundheit im Alter determinieren (*Wilkinson 1986*). Diese These unterstellt, dass Gesundheits- bzw. Krankheitsprozesse letztlich sehr langsam und in langfristigen, sich aufsummierenden Kausalketten verlaufen, so dass die Gesundheit der Erwachsenen von Einflüssen in der Kindheit bedingt wird (*Barker 1990*). Daran knüpft sich die Frage, ob es sich dabei um direkte oder um indirekte Einflüsse handelt, ob also tatsächliche Kausalzusammenhänge vorliegen oder nur die Ergebnisse einer letztlich zufälligen Koevolution zweier unabhängiger Prozesse (*Ben-Shlomo, Smith 1991*). Diese Frage kann derzeit von den Gesundheitswissenschaften noch nicht beantwortet werden und muss künftiger Forschung überlassen bleiben.

Insgesamt kann aber davon ausgegangen werden, dass das Krankheits- und mehr noch das Sterberisiko von zwei Arten von Faktoren beeinflusst wird: von solchen aus der Kindheit und von solchen des aktuellen Lebensvollzugs unter gegebenen Bedingungen (*Elford, Whincup et al 1991*). Für die Untersuchung von Ungleichheitsfolgen kommt hierdurch eine wesentliche Verkomplizierung der Sachlage hinzu, denn der aktuelle Gesundheitszustand der Bevölkerung muss nicht nur mit aktuellen Ungleichheitsbedingungen korreliert werden, sondern auch mit vergangenen. Damit sind große messtechnische Probleme gegeben, die nur in sehr aufwendigen Forschungsdesigns zu lösen wären.

#### **1.2.5. Die Wirkung einer generellen Empfänglichkeit oder spezifischer Krankheitsursachen**

Ein auffallendes Merkmal der Ungleichheit in der Gesundheit ist, dass sie über verschiedenste Krankheiten generalisiert werden kann (*Marmot, Shipley et al 1984*), was zur Annahme geführt hat, dass Faktoren existieren, die bei von diesen Faktoren betroffenen Personen und Bevölkerungen eine allgemeine Empfänglichkeit für Krankheit produzieren (*Berkman, Syme 1978*). Solche Faktoren könnten etwa genetisch sein. Die Unterschiede in diesen Faktoren würden zu Unterschieden in Krankheitshäufigkeiten führen und diese zu ungleichen sozialen Positionen, was sich schließlich in sozioökonomischer Ungleichheit niederschlagen würde.

Statt Faktoren ungleicher Empfänglichkeit wäre es aber auch denkbar, dass die ungleiche Verteilung von höchst spezifischen Faktoren für Unterschiede in Krankheitshäufigkeiten in Populationen verantwortlich ist. Diese alternative Erklärung beruht auf der Beobachtung, dass einige Krebsarten nicht die selbe Verteilung in bezug auf sozioökonomische Ungleichheit aufweisen wie andere (*Davey Smith, Shipley et al 1991*). Es gibt also auch durchaus abweichende Muster, die mit der sozialen Schichtung korrelieren.

Marmot und Bobak gehen davon aus dass beide Thesen richtig sind und dass sowohl eine generelle Empfänglichkeit für bestimmte Gruppen existiert, was zu einer bestimmten sozialen Schichtung führt, aber auch spezifische Faktoren das Auftreten bestimmter Krankheiten in bestimmten Schichten mehr begünstigen als in anderen (*Marmot, Bobak et al 1995*).

### 1.2.6. Die Wirkung von Risikofaktoren & Lifestyles

Risikofaktoren und Lebensstile stellen einen bedeutenden Ansatz zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit dar (*Pientka 1994*), der es erlaubt einerseits individuelle Krankheitsdispositionen zu erkennen und andererseits primärpräventive Interventionen zu ermöglichen. Tabelle 1 gibt die unterschiedlichen Variablen wieder, die in diesem Kontext von herausragender Bedeutung sind.

**Tabelle1: Risikofaktoren und Lebensstile**

Lifestyles und Risikofaktoren	Individuelle Konstellation
Ernährung	- Obst, Gemüse - Vollkornbrot - Fettarme Milch
Sucht- und Genussmittel	- Tabak - Alkohol
Bewegung	- Sport - Fitnesscenter
Genetische Prädisposition	- Eltern mit Herzinfarkt - Geschwister mit Herzinfarkt - Körpermaßindex

Die grundlegende These ist hier, dass Rauchen, Mangel an Bewegung, schlechte Ernährung, exzessiver Alkoholkonsum etc. mit schlechter Gesundheit assoziiert sind und in den niedrigen sozial-ökonomischen Gruppen häufiger vorkommen. Viele Forscher gehen davon aus, dass die Lebensstilfaktoren zumindest teilweise die sozioökonomischen Unterschiede in der Gesundheit erklären können (*Morris 1990*), andere hingegen schätzen deren Beitrag gering ein (*Davey Smith, Blane et al 1994*). Diesbezüglich scheint in den vergangenen 10 bis 15 Jahren ein Umdenken stattgefunden zu haben, welches der sozialen Ungleichheit unabhängig von Risikofaktoren und unabhängig von Lebensstilen einen eigenständigen Effekt zuerkennt.

Obwohl der Zusammenhang von Rauchen und Morbidität bzw. Mortalität nachgewiesen ist und empirische Befunde zeigen, dass Angehörige der Unterschichten häufig mehr Rauchen, erklärt der Faktor Rauchen nicht viel von der sozioökonomischen Ungleichheit in der Gesundheit. Die **Whitehall-Studie** hat z.B. den selben SES-Gradienten<sup>3</sup> für Mortalität bei Rauchern wie beim gesamten Sample gefunden. Anders gesagt: das Mehr an Rauchern kann die höhere Mortalität in Unterschichten nicht erklären. Ebenso hat diese Studie gezeigt, dass die SES-Unterschiede in der allgemeinen, wie der krebstypischen Mortalität gleich bleiben, wenn man Unterschiede bezüglich Risikofaktoren wie Rauchen, Blutdruck, Cholesterin, Zucker, Größe und vorherrschende Krankheiten konstant hält (*Helweg-Larsen 1997*). Amerikanische Daten aus der **Alameda County Study** zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Morbidität und Einkommen auch nach dem statistischen Ausschluss von 13 Risikofaktoren (u.a. Rauchen, Diät, Alkohol und Bewegung) gleichgeblieben ist. Obwohl Rauchen eine Rolle für Morbidität und Mortalität spielt, scheint dieser Risikofaktor nur wenig Erklärungskraft hinsichtlich der sozioökonomischen Gesundheitsunterschiede zu besitzen.

Studien, die sich mit dem Zusammenhang von sozialer Ungleichheit in den Gesundheitschancen in Zusammenhang mit dem Lebensstil in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status beschäftigen, zeigen also zwar, dass die unteren Schichten mehr verhaltensabhängige Risikofaktoren aufweisen, gleichzeitig aber bei Neutralisierung der Lebensstilfaktoren die Morbidität der unteren Schichten noch immer deutlich über jener der oberen Schichten liegt (*Blaxter 1992*). Generell wird den Lebensstilfaktoren daher zwar ein gewisser Einfluss auf die Varianz des Zusammenhanges von SES und Gesundheit zugebilligt, aber kein originärer und substanzieller Impact (*Helweg-Larsen 1997*). Es scheint so zu sein, dass nicht nur das Gesundheitsverhalten per se, sondern auch dessen Nachwirkung auf die Gesundheit der Individuen von deren sozioökonomischen Lebensbedingungen abhängt. D.h., dass das gleiche gesundheitsrelevante Verhalten in Milieus mit höherem sozio-ökonomischem Status größere Auswirkungen hat als in Milieus mit niedrigem sozioökonomischem Status. Demnach sind lebensstilorientierte Gesundheitskampagnen in unteren Schichten notwendigerweise weniger erfolgreich (*Müller 1995*).

Der Risikofaktorenansatz wurde daher ebenfalls aus einer Interventionsperspektive kritisiert. Die wichtigsten Kritikpunkte werden hier mit Pientka (*Pientka 1994:397*) zusammengefasst:

Der Präventionsgedanke ist von seinem kognitiven Ansatz her mittel- bis Oberschichtorientiert und von den Verhaltensnormen dieser Gruppen geleitet. Es findet eine implizite Gleichsetzung der pathophysiologischen und der verhaltensbezogenen Ebene statt, d.h. Risikofaktoren wie Übergewicht oder Rauchen werden als individuelles Fehlverhalten gedeutet.

Die primäre Zielsetzung besteht in der Veränderung von Messwerten, dabei werden aber implizit auch bestimmte Bevölkerungsgruppen für Interventionen selektiert, bei welchen sich die größten Veränderungen ergeben. Dies müssen nicht unbedingt die Hochrisikogruppen sein. Morbiditäts- und Mortalitätskriterien sind primär Evaluationskriterien, obwohl sich viele klinisch-medizinische Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich der Mortalität nicht unterscheiden. Sekundäre Kriterien wie die Lebensqualität, Kosten der Intervention etc. finden

---

<sup>3</sup> SES ist socioeconomic status: sozioökonomischer Status.

deshalb zunehmend Beachtung. Genau hier finden sich aber auch zentrale Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen. Statistisch definierte (Risiko-)Gruppen werden mit sozialen Zielgruppen für Interventionsmaßnahmen gleichgesetzt.

### 1.2.7. Die Wirkung psychosozialer Faktoren

Dabei handelt es sich um eine Reihe unterschiedlicher Faktoren, die an der Grenze des „mind-body“ (Pincus, Callahan 1995) einwirken und je nach Tradition als psychologische (Helweg-Larsen 1997), psychosoziale (Marmot, Bobak et al 1995), biopsychosoziale oder soziopsychosomatische (vgl. Heim, Willi 1986) bezeichnet werden. Im wesentlichen geht es dabei um die in Tabelle 2 aufgeführten Faktoren.

**Tabelle 2: Psychosoziale Faktoren**

Psychosoziale Faktoren	Indikatoren
Arbeitsbedingungen	- Kontrolle über die eigene Arbeit - Zufriedenheit mit der Arbeit
Freunde und Verwandte	- 3 oder mehr Verwandte im Monat gesehen - 3 oder mehr Freunde im Monat gesehen - Vorhandensein von Hobbies
Unterstützung	- Emotionale Unterstützung - Praktische Unterstützung - Negative Interaktionen mit Vertrauenspersonen - Feindseeligkeit in sozialen Beziehungen
Lebensereignisse	- 2 oder mehr Lebensereignisse
Ökonomische Verhältnisse	- Temporärer Mangel an ökonomischen Ressourcen - Schwierigkeiten Rechnungen zu bezahlen

Insbesondere jene Indikatoren, die auf das Ausmaß der sozialen Netzwerke und der sozialen Beziehungen sowie auf die Qualität der dort realisierten Beziehungen abstellen, schließen an die in Punkt 3 thematisierten Ansätze zum sozialen Kapital nach Pierre Bourdieu an. Die Erklärungskraft dieser Variablen wird als durchaus relevant angesehen, sie nehmen daher in der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Forschung eine herausragende Stellung ein. Diese Erklärung unterstellt einen positiven Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen und dem sozialen Kapital in dem Sinn, dass Oberschichten nicht nur über mehr ökonomische, sondern auch über mehr soziale Ressourcen verfügen können.

(Helweg-Larsen 1997) analysiert und beurteilt einige der vorgeführten Thesen zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit und kommt zu dem Ergebnis, dass psychologische Faktoren im Guten (Freundschaft, soziale Unterstützung, Zufriedenheit, Glück usw.) wie im Bösen (Feindschaft, Ausgrenzung, Angst, Depression usw.) sehr viel von dem Zusammenhang erklären können, wohingegen aber nur wenig erklärt wird durch Lebensstilfaktoren, Lebensumstände und soziale Selektion. Den geringsten, kaum nachweislichen Effekt indessen hat, wie schon erwähnt, der Zugang zu und die Benutzung von Gesundheitseinrichtungen.

Es ist von daher nur konsequent, die Untersuchung von Gesundheits/Krankheitsfolgen der sozialen Ungleichheit auf diese Faktoren zu konzentrieren. Zum besseren Verständnis werden wir uns dabei auf die Theorie des sozialen Kapitals von Pierre Bourdieu stützen.

### **1.2.8. Einige Messprobleme im Zusammenhang mit Indikatoren sozioökonomischer Ungleichheit**

Trotz der langen Tradition der empirischen Sozialforschung ist die messtechnische Operationalisierung von sozialer Ungleichheit kein abgeschlossenes Thema. Gerade mit Bezug auf Gesundheitsfolgen werden die gebräuchlichsten Indikatoren - Schulbildung, Beruf und Einkommen – immer neu kritisiert und mögliche Unschärfen thematisiert.

So ist das Einkommen ein dynamischer Faktor, der sich im Laufe des Lebens eines Individuums mehrfach ändern kann. Manche Studien betonen, dass der Wandel des Einkommens in Bezug auf die Wahrnehmung von Ungleichheit wichtiger ist als die durchschnittliche Höhe des Einkommens. Ein konstantes Einkommen über viele Jahre kann subjektiv, bei gegebener Inflation auch objektiv den Eindruck einer Schlechterstellung erzeugen. Während Einkommensminimierungen oder Einbußen daher zu einem erhöhten Krankheitsrisiko führen, haben Einkommenssteigerungen einen positiven Effekt auf das Krankheitsrisiko. Diese dynamische Seite des Indikators Einkommen wird üblicherweise nicht mit erfasst und in Berechnungen berücksichtigt. Desgleichen wird üblicherweise nicht mit bedacht, dass die subjektive Bewertung des Einkommens altersspezifisch ist: ein mittleres Einkommen kann für einen jungen Menschen subjektiv hoch, für einen alten jedoch subjektiv niedrig sein.

Noch stärker gelten das Zeit- und das Altersargument für Schulbildung und Beruf: auch sie reagieren nicht sonderlich sensibel auf zeitbedingte Änderungen der sozialen Biographie. Ein zusätzliches Problem ergibt sich, wenn nicht nur Individuen, sondern Familien, Haushalte anhand dieser Indikatoren typisiert werden sollen. Phänomene wie Statusinkonsistenz lassen sich nur sehr grob darstellen, da wichtige Lebensbereiche wie Freizeit, Lebensplanung, Konsumverhalten nicht erfasst werden können.

Die klassischen Sozialstatusindikatoren sind daher nicht im Stande, wird argumentiert (*Pientka 1994*), komplexe sozioökonomische Situationen valide abzubilden, und sind daher für Forschung problematisch, für konkrete, zielgruppenorientierte Interventionsplanung sogar nur begrenzt tauglich.

### **1.3. Soziale Ungleichheit in bezug auf unterschiedliche Lagen, Milieus und Lebensformen**

Wie oben ausgeführt, ist in bezug auf Gesundheit soziale Ungleichheit vor allem als Unterschied auf einer weit gefassten psychosozialen Dimension von Bedeutung. Das hat natürlich Folgen sowohl für die theoretische Erfassung wie für die empirische Erforschung von sozialer Ungleichheit und Armut. Insbesondere wird in neueren Konzeptionen - ergänzend zu den alten *vertikal* orientierten Schicht- bzw. Klassenmodellen – der Schwerpunkt auf die *horizontale* Ungleichheit gelegt und Indikatoren wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Region, soziale Ressourcen bzw. soziales Kapital systematisch berücksichtigt.

### 1.3.1. Empirische Dimensionen gesundheitlich relevanter Ungleichheit

So unterscheidet Hradil (*Hradil 1994*) etwa folgende Dimensionen gesundheitlich relevanter Ungleichheit, die deutlich über eine rein vertikale Konzeption hinausgehen:

**Tabelle 3: Ungleichheit in Bezug auf äußere Lebensbedingungen**

Bereich	Kategorie	Indikatoren
Äußere Lebensbedingungen	Verfügbare Handlungsressourcen	- Einkommen, Vermögen, - Bildung, - Ansehen, Macht
	Arbeitsbedingungen	- Arbeitsinhalte - Arbeitsbeziehungen - Arbeitsumgebung - Arbeitszeit
	Wohn- und Umweltbedingungen	
Ungleicher Zugang zu	gesundheitlich wichtiger Infrastruktur	- Verkehr - Kommunikation
	sozialer Infrastruktur	- Soziale Sicherheit - Bildungsstätten - Kulturangebote
	Gesundheitsversorgung	- Fachärzte - Krankenhäuser
Lebensformen	Single	
	Partnerschaft	- hetero - homo
	Familie	- Kinderanzahl
Milieuzugehörigkeit	Einbindung in Gruppen mit typischen Werthaltungen und Grundeinstellungen	
	Wahrnehmung und Umgang mit Umwelt	- Natur - Sozial - Eigener Körper
Lebensstile	Alltägliche grundsätzlich individuell veränderbare Verhaltensmuster	
Lebensführungen	- Art der Bibliographiegestaltung - Ablaufplanung - Alltagsmaximen	

Auch in der neueren Armutsforschung wird vielfach von mehrdimensionalen Ansätzen ausgegangen, in denen der Mangel an ökonomischen Ressourcen nur ein Aspekt der Lebenssituation „Armut“ ist, die sich ebenso durch mangelnde Zugangsmöglichkeiten zu anderen Ressourcen (Wohnung, Bildung, soziale Anerkennung) ausdrückt und demnach als eine Akkumulation von verschiedenen Unterversorgungslagen begriffen wird (*Laaser, Gebhardt et al 1995*).

Aus dieser Perspektive wird – im Gegensatz zu den am sozioökonomischen Status orientierten Analysen – deutlich, dass das sozialökonomisch untere Segment der

Gesellschaft keine einheitliche und sozial homogene Gruppe darstellt, sondern eine Vielzahl spezifischer Lebenslagen umfasst, wie sie durch Arbeitslosigkeit, Pension, Zuwanderung (AusländerInnen), Alleinerzieherfamilie bedingt sind. Armut ist in dieser Perspektive nicht gleich Armut. Und gesundheitsbezogene Interventionen sind demnach nicht nur schichtspezifisch zu orientieren, sondern müssen auch nach den spezifischen Lebenslagen der Angehörigen ein und des selben sozioökonomischen Status differenziert werden.

### 1.3.2. Vom ökonomischen zum sozialen Kapital: Ressourcen und Akteure

Eine breite Diskussion, deren zentraler Fokus die spezifischen Möglichkeiten und Beschränkungen von Akteuren bzw. Gruppen von Akteuren sind, hat sich rund um das Konzept des „social capital“ entwickelt. In diesem Feld können zumindest zwei Traditionen unterschieden werden, eine französische, die auf den französischen Soziologen Pierre Bourdieu zurückgeht und historisch älter ist, und eine amerikanische, deren zentraler Theoretiker James Coleman ist, der bis zu seinem Tod vor zwei Jahren Professor für Soziologie an der Columbia University in New York war (Coleman 1991; Coleman 1994; Coleman 1988).<sup>4</sup> Bourdieus Konzept, das als das theoretisch weiter entwickelte gilt, war zunächst nur auf französisch publiziert worden, was seine internationale Rezeption lange Zeit verhinderte. Die komprimierteste Darstellung findet sich in Bourdieus Aufsatz „The forms of capital“ (Bourdieu 1986).

Das wesentlich Neue an Bourdieus Konzept ist, die Ressourcen, die einem Individuum zur Bewältigung seines Lebens zur Verfügung stehen, nicht nur im Sinne des ökonomischen Kapitals, also seiner monetären Möglichkeiten zu sehen, sondern auch in Verbindung mit kulturellen und sozialen Möglichkeiten, beides gewissermaßen immaterielle, nicht-ökonomische Kapitalformen. Es geht Bourdieu darum zu zeigen, wie verschiedene Kapitalformen erworben werden, wie sie ausgetauscht und in andere konvertiert werden können.

Er unterscheidet drei Formen bzw. Stadien des kulturellen Kapitals, die sich nach der Form der Aneignung und der weiteren Verwertbarkeit unterscheiden:

*Embodied:* zunächst geht es um Lernen, um alles, was man wissen und von den Fähigkeiten her tun kann. Dieses Kapital ist eng an das Individuum gebunden und kann nur wiederum durch Lernen erhöht werden. An diese Form des kulturellen Kapitals schließt Bourdieu seine Habitus-Theorie an, die im weitesten Sinne eine Theorie sozialen Handelns ist.

*Objektiviert:* Wissen, Fähigkeiten, Erlerntes kann in Form kultureller Güter materielle Gestalt annehmen (Bücher, Gemälde, Instrumente, Maschinen). In dieser Form kann kulturelles Kapital durch ökonomisches erworben werden und symbolisch in embodied Kapital transferiert werden.

*Institutionalisiert:* das ist die wirkungsvollste Form des kulturellen Kapitals, es schlägt sich in akademischen Weihen, Auszeichnungen nieder, die den erworbenen Qualifikationen des Individuums Anerkennung zollen und dem Individuum einen konstanten, öffentlich

---

<sup>4</sup> Ein Review Artikel zu Social Capital findet sich in der Annual Review of Sociology (Portes 1998), wo Bourdieus Concept als (im Gegensatz zu Coleman) theoretisch weiterentwickeltes bezeichnet wird.



legalisierten Wert garantieren, der mit bestimmten Machtansprüchen und Lebensmöglichkeiten verbunden ist.

Soziales Kapital ist bei Bourdieu "the aggregate of actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition" (op.cit. 248). Das soziale Kapital eines Individuums ist demnach determiniert durch das Ausmaß des Beziehungsnetzwerkes, die Summe der akkumulierten Ressourcen (kulturell und ökonomisch) und dadurch wie rasch und erfolgreich ein Individuum diese in Bewegung setzten kann. Um soziale Netzwerke in Zukunft schnell in Bewegung zu setzen, müssen sie kontinuierlich erhalten und gepflegt werden.

Coleman definiert social capital sehr vage als "a variety of different entities, with two elements in common: they all consist of some aspect of social structure, and they facilitate certain actions of actors - whether personal or corporate actors - within the structure" (Coleman 1988:598). Diese Definition inkludiert vertikale wie horizontale Beziehungen (etwa im Gegensatz zum Konzept von (Putnam 1993). Coleman subsumiert sowohl Mechanismen, die soziales Kapital generieren, wie solche, die Konsequenzen des Besitzes davon sind, und ist demnach theoretisch nicht so trennscharf wie Bourdieu.

Das Bedeutsame an Coleman's Theorie ist die Einführung der Idee einer kritischen Masse oder eines Sättigungsgrades in sozialen Beziehungen durch das Konzept der „Closure“. Closure bedeutet die Existenz *genügender* Beziehungen zwischen einer bestimmten Anzahl von Personen um die Einhaltung von Normen und die Aufrechterhaltung der Wechselseitigkeit des Netzwerkes zu garantieren. Vom Konzept der Closure aus kann das Ausmaß der sozialen Kohäsion (social cohesion) thematisiert werden und mit dieser die sozialen Konsequenzen zunehmender Fragmentierung der modernen Gesellschaft ohne ausreichende soziale Absicherung, wie es in vielen Teilen nicht nur der USA der Fall ist. Social Cohesion wird somit zu einer wichtigen Variable des Wohlbefindens und der Gesundheit. Cohesion steht damit in einer nicht im Detail geklärten Beziehung zu Konzepten von Sicherheit, Vertrauen und im weiteren Sinne auch zum Konzept des sense of coherence des Aaron Antonovsky.

Mit dem Konzept der Social cohesion wird das Ausmaß der Differenzen innerhalb eines sozialen Systems beschrieben. Es ist daher für die Gesundheitswissenschaften von großer Bedeutung, wenn es darum geht, psychosoziale Faktoren zu beschreiben und in ihren Wirkung zu verstehen. Studien belegen etwa, dass umso weniger Vertrauen und Erwartungssicherheit in sozialen Systemen aufgebaut werden kann, je größer die Differenzen sind in bezug auf das Einkommen, Normen, Reziprozität und soziale Bilanz (Verhältnis von individuellen Aufwendungen und sozialen Belohnungen), Partizipation im System, Empowerment, Nachbarschaft und Sicherheit (Erben, Franzkowiak et al 1999; Kawachi, Kennedy et al 1997; Wilkinson 1996).

Eine Kritik am social capital Konzept liegt von Erben et al. (Erben, Franzkowiak et al 1999) vor, die eine prinzipielle Unvereinbarkeit mit Public Health und den Anliegen der Ottawa-Charta behaupten und auch eine Trennlinie zwischen der Ottawa Charter und der Jakarta Declaration ziehen. Die Kritik läuft darauf hinaus, dass die Gesellschaft nicht homogen ist, sondern in unterschiedliche Gruppierungen und Partikularinteressen zerfällt. „Allianzbildung“

und „neue Partnerschaften“ sind insofern immer auch gegen jemand anderen gerichtet, würden also insofern dem Grundsatz „Health for all“ widersprechen.

Dem ist entgegenzuhalten, dass soziales Kapital im Gegensatz zu ökonomischem Kapital nicht nach dem mathematischen Prinzip des Nullsummenspiels konstruiert ist. Geld kann nur so den Besitzer wechseln, indem durch Verlust (Soll) auf der einen Seite Gewinn (Haben) auf einer anderen Seite gut geschrieben wird. Hingegen erzeugt der Aufbau sozialer Beziehungen bei den einen normalerweise nicht den Verlust von sozialen Beziehungen zu anderen. Der Einschluss der einen bedeutet nicht notwendigerweise den Ausschluss der anderen. Das gilt nur für exklusive eheliche Zweierbeziehungen. Akzeptiert man indessen die Beschränktheit der Person, also ihre begrenzte Fähigkeit, Komplexität zu verarbeiten, ist klar, dass niemand an allen Allianzen teilnehmen kann. Um Ausschlussphänomene und möglicherweise Gegnerschaften zu verhindern, wären daher Allianzen zwischen Allianzen zu stiften.

### **1.3.3. Exklusion aus sozialen Systemen und Marginalisierung**

Im Gegensatz zu einer auf soziales Kapital von Personen und Personengruppen fokussierenden Sichtweise, wird aus einer systemischen Position insbesondere die Frage der Inklusion bzw. Exklusion von Personen, Gruppen oder sozialen Systemen in die Funktionssysteme der modernen Gesellschaft thematisiert (*Luhmann 1995*).

Sozialer Ausschluss und Benachteiligung können als kumulative Marginalisierung im Bereich der Ökonomie, der Produktion (Arbeitslosigkeit, geringfügige Beschäftigungsformen), des Konsums (Armut), der Bildung, sozialen Netzwerken (Gemeinschaft, Familie, Nachbarn) und deren Unterstützung, von Rechten (Entmündigung, Bürgerrechte, Wahlrecht etc.), von politischer Partizipation (Wahlrecht, Mitbestimmung) beschrieben werden. Wobei in funktional differenzierten Gesellschaften die Tendenz besteht, dass durch Exklusion aus einem dieser Funktionssysteme die Exklusion aus weiteren Funktionssystemen begünstigt wird. Ausschluss aus Bildungsinstitutionen kann den Ausschluss aus der Wirtschaft nach sich ziehen, diesem folgt Ausschluss aus Nachbarschaftssystemen und intimen sozialen Beziehungen usw.. Zur Absicherung vor den Folgen der Exklusion aus den genannten Funktionssystemen wegen Alter, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Schwangerschaft, etc. hat die moderne Gesellschaft auch Systeme sozialer Sicherung (Sozialhilfe und Sozialversicherung) etabliert, die ihrerseits aber selbst wieder ungleichheitsrelevante Folgen haben. Einerseits dadurch, dass ein Großteil der Anspruchsleistungen an vorangegangene Arbeit gekoppelt ist und das System selbst wieder Personen exkludiert, die es nicht geschafft haben, Anspruchsberechtigungen zu erwerben, und die daher tendenziell vom Sozialversicherungs- ins Sozialhilfesystem abgedrängt werden, und dass, zweitens, eine lange oder dauerhafte Unterstützung aus diesen Systemen (z.B. Langzeitarbeitslose, Behinderte, chronisch Kranke) selbst eine Art Exklusion darstellt, die eine Re-Integration in die anderen Funktionssysteme erschwert.

Je nach Funktionssystem und dessen jeweils eigener Inklusionslogik entstehen verschiedene Exklusionsformen und entsprechend Gruppen von Benachteiligungstypen, auf die Personen nicht mehr uneindeutig zuordenbar sind, da eine Person auch mehreren angehören kann.

Es können zumindest folgende relevante Systeme und resultierende Benachteiligungstypen unterschieden werden können:

**Tabelle 4: Systeme und Benachteiligungstypen**

System	Funktion	Inklusionsbedingung	Exkludierte
Wirtschaft	- Konsum - Produktion	- Zahlungsfähigkeit - Arbeitskraft	- Arme - Arbeitslose - Obdachlose
Erziehung	- Wissensvermittlung - Selektion	- Lernfähigkeit - Anpassung	- Minderbegabte - Analphabeten - Minderqualifizierte
Politik	- allgemein bindende Entscheidungen - Regeln	- Staatsbürgerschaft	- Flüchtlinge - Ausländer
		- Mündigkeit - Volljährigkeit	- Kinder - Jugendliche - Psychisch Kranke mit Sachwalter
		- Unbescholtenheit - Leumund	- Straftäter
		- Sesshaftigkeit	- Nicht integrierte Migranten - Obdachlose, Nomaden
Soziale Netzwerke	- Sozialisation - Unterstützung	- Freundschaft, - Verwandtschaft - Nachbarschaft	- Isolierte, Vereinsamte, Fremde; aus verschiedenen Gründen Marginalisierte
medizinisches Versorgungssystem	- Krankenbehandlung - Reduktion von Krankheiten	- Krankenversicherung - Zahlungsfähigkeit	- Zwei-Klassen-Medizin, - therapiespezifische Rationierung
Systeme sozialer Sicherung	- Kompensation von Exklusionsfolgen	- Anspruchsberechtigung	- Nicht-Anspruchsberechtigte - junge Arbeitslose - Langzeitarbeitslose - Personen ohne Pensionsversicherung -studierende Mütter

Für jene, die durch bestimmte Exklusionsbedingungen an den Sicherheitssystemen nicht partizipieren können, gibt es eigene maßgeschneiderte Versicherungssysteme, wie z.B. die Arbeitslosenversicherung.

**Tabelle 5: Systeme sozialer Absicherung in Bezug auf Exkludierte bzw. Inkludierte**

Systeme sozialer Sicherung	Exkludiert	Inkludiert
Kranken-, Pflege und Unfallversicherung	Nicht Kranken- bzw. Unfallversicherte	- Chronisch Kranke - AIDS - Behinderte Süchtige - Alkoholiker - Drogensüchtige - Psychisch Kranke

Systeme sozialer Sicherung	Exkludiert	Inkludiert
Arbeitslosenversicherung	Nicht Anspruch-berechtigte	- Arbeitslose
Pensionsversicherung		- Pensionisten
Soziale Hilfe		- Sozialhilfeempfänger

#### 1.3.4. Zusammenfassung: Sozioökonomische Faktoren, soziales Kapital und soziale Exklusion

Soziale Ungleichheit hat für die Soziologie zumindest drei theoretisch unterscheidbare Dimensionen, die jeweils unterschiedliche Ursachen formulieren, Betroffenengruppen definieren und in der Folge gegensteuernde Maßnahmen bedingen.

1. Die Sozioökonomischen Ansätze, die mittels Beruf, Bildung und Einkommen Ungleichheit definieren und mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung korrelieren. Sozioökonomische Ungleichheit ist die ungleiche Verteilung von Einkommen, von (Schul-)Bildung und von Berufsprestige. Politische Maßnahmen zur Verringerung streben eine Verringerung dieser ungleichen Verteilungen an.

Ansätze, die mit sozialem Kapital operieren versuchen nicht-ökonomische Kapitalformen theoretisch zu erfassen und stellen diese Kapitalformen in Beziehung zur Qualität sozialer Netzwerke und der Möglichkeit zur Umsetzung individueller Lebensinteressen. Sie betonen die Herausbildung gemeinsamer Werte und Normen und somit die Notwendigkeit sozialer Kohäsion (Sicherheit, Vertrauen, etc.) als eine Form sozialen Kapitals. Soziales Kapital stellt in diesen Ansätzen eine Ressource dar, die ungleich verteilt ist und somit ungleiche Chancen der Lebensgestaltung impliziert. Empowerment und Vernetzungsstrategien stellen auf die Erhöhung des sozialen Kapitals ab, dies kann durch finanzielle Ressourcen, durch Ausbildung (Skills und Know-How) und/oder durch Integrationsmaßnahmen erreicht werden. Systemische Ansätze operieren mit der Differenz Inklusion/Exklusion in unterschiedlichen gesellschaftlichen Funktionssystemen. Ungleichheit entsteht jeweils durch Exklusion aufgrund entsprechender Inklusionsbedingungen. Politische Strategien zur Verminderung von Ungleichheit würden auf eine weitgehende Partizipation und Inklusion von Menschen in Bezug auf unterschiedliche zentrale Funktionssysteme abstellen (im Gegensatz zu dem homogenen Kohäsionskonzept) und weiter das Risiko der Exklusion bzw. Nicht-Inklusion in zentrale Funktionssysteme abzufedern versuchen.

#### 1.4. Soziale Ungleichheit und die Gesundheit von Jugendlichen

Welche Bedeutung haben diese Ungleichheitskonzepte für die Untersuchung der Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen? Um diese Frage beantworten zu können, muss vorab der begriff der Jugend und des Jugendlichen geklärt werden.

##### 1.4.1. Kurze Geschichte der „Jugend“

Die Teilung des menschlichen Lebens in unterscheidbare, aufeinander folgende Lebensphasen ist ein Nebenprodukt der Modernisierung der Gesellschaft in den

vergangenen 250 Jahren und hängt insbesondere mit einer allgemeineren Tendenz zusammen, die man üblicherweise als „Individualisierung“ bezeichnet. Es begann im 18. Jahrhundert mit der Individualisierung der Kindheit (vgl. Gélis 1991; auch Gillis 1980), die auf der Entdeckung fußte, dass jedes menschliche Leben auch außerhalb der großen Naturzyklen, der Ahnenreihe und der sozialen Stellung eine Existenz sui generis ist. Zuvor waren alle in ganz gleicher Weise nur Knospen am Stammbaum der Generationen, jetzt wurde der Blick auf das Individuum gelenkt. Waren Kinder früher nur als „kleine Erwachsene“ gesehen worden, lediglich durch Körpergröße und Erfahrung von anderen unterschieden, so mutierten sie jetzt quasi als Anfang des Lebens zur „Tabula rasa“. Die Schwierigkeit, diese zwar „blanken“, aber höchst eigenständigen Wesen zu erziehen, hat sogleich und am deutlichsten Rousseau (1963) erkannt. Dabei ging es primär um Sozialisation im engeren Sinn: um Charakterbildung und Anpassung an Normen und Werte der Gesellschaft, kurz: um Zivilisierung im Sinne Norbert Elias'. In zunehmendem Ausmaß aber ging es auch um die Schaffung der qualifikatorischen Voraussetzungen zur Eingliederung von Individuen in die Gesellschaft, also um Ausbildung. Vor allem letztere Schwierigkeiten wurden im 19. Jahrhundert durch die sogenannte industrielle Revolution noch erheblich gesteigert, als deren Folge das „ganze Haus“ der Agrargesellschaft zerfiel (vgl. Mitterauer 1986) und in allen gesellschaftlichen Sektoren neue und sehr spezielle Berufsrollen entwickelt wurden. Das bedeutete eine erhebliche Veränderung der Arbeitsstrukturen, insbesondere durch die Trennung von Arbeitsplatz und Privatsphäre und die Ausbildung neuer sozialer Klassen, was nicht nur eine Umstellung der notwendigen Ausbildung, sondern auch eine „Beziehungsrevolution“ (Schüle 1990:8) bewirkte. Diese brachte im Ergebnis die Grundformen der heutigen Familienstrukturen hervor.

Es ist dies zugleich die Geburtsstunde der Jugend bzw. des Jugendlichen. Eingegrenzt von Erstkommunion und Militärdienst, in höheren Schichten Matura, entwickelte sich die Vorstellung eines Zwischenstadiums zwischen Kind und Erwachsenen, in dem eine bestimmte Zivilisierung zwar abgeschlossen, die Eingliederung in die Gesellschaft jedoch noch nicht gelungen war. Vor dem Hintergrund der herrschenden Sexualmoral war es vor allem die sexuelle Entwicklung, die diese Personengruppe suspekt werden ließ. Jugendliche hatten den naiven Charme des Kindes verloren und die Züchtigkeit des Erwachsenen noch nicht erreicht. Kaum war die Jugendzeit also erfunden, galt sie auch schon als besonders kritische Lebensphase, in welcher der heranwachsende Mensch nicht nur durch andere, sondern vor allem durch sich selbst gefährdet war und in der er umgekehrt zugleich eine Gefährdung für die Gesellschaft darstellte (vgl. Perrot 1992:168ff, Ariés 1979). Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurde der Zustand von Menschen in diesem Zwischenstadium in unzähligen medizinischen Dissertationen insgesamt pathologisiert, und die neu auftauchende Figur des kriminellen Jugendlichen war wohl eine Art ständiger Mahnung an die Erwachsenenwelt, ihre Erziehungs- und Kontrollbemühungen gegenüber dieser Population immer mehr zu intensivieren.

Die frühen Jugendbewegungen am Beginn des 20. Jahrhunderts, die bürgerlichen und die proletarischen, auch wenn sie nur kleine Teile der gesamten Altersgruppe erreichen konnten, werden üblicherweise denn auch als Widerstand gegen diese Erwachsenenwelt und die spezifische Rolle, die den Jugendlichen darin zugeordnet war, interpretiert (vgl. Janig 1988:43). In den Jugendbewegungen konnten die jungen Menschen eine ihnen gemäße Form von Freiheitserfahrung, Selbsterfahrung und Beziehungserfahrung entwickeln. Dadurch wurde ein sozialer Raum geschaffen, in dem nicht nur die Erwartungen der

Erwachsenen abgewehrt, sondern mit der Zeit eine eigenständige Jugendkultur ausgebildet werden konnte, was sich schließlich zu einer überaus bedeutsamen und einflussreichen sozialen Bewegung des 20sten Jahrhunderts entwickelte (vgl. Bernfeld 1925).

Im Prinzip vermögen die Jugendbewegungen jedoch nicht viel zu verändern. Sie beeinflussen zwar nachhaltig bestimmte Aspekte der Gesamt-Kultur und sind, insbesondere die Jugendgenerationen der sechziger und siebziger Jahre, wesentliche Stützen gesellschaftspolitischer Entwicklungen, an ihrer eigenen Stellung in der Gesellschaft jedoch ändert sich dadurch wenig. Sie bleiben aus Sicht der Gesellschaft auf die eine oder andere Weise Zwischenwesen, die aus dem Schonbereich der Kindheit verstoßen werden müssen, ohne die Kompetenzen und Lebensmöglichkeiten von Erwachsenen erhalten zu können. In gewisser Weise wird Jugend als defizitärer Zustand behandelt, der gleichzeitig romantisiert wird, indem er Freiheit, Ungebundenheit und Zukunft konnotiert. Die Punkbewegung der frühen achtziger Jahre brachte die Skurrilität und Absurdheit, aber auch die Deprimierung der sozialen Lage dieser Population auf die schillerndste Weise zum Ausdruck.

Die Selbstkonstituierung der Jugend als Population zu Beginn des Jahrhunderts scheint vor allem einen Effekt gehabt zu haben: sie eröffnet den Sozialwissenschaften, insbesondere der Psychologie, die Möglichkeit, Jugendliche als eigenständigen, abgrenzbaren Forschungsgegenstand zu etablieren. Das löst nach dem Ersten Weltkrieg eine Flut psychologischer und soziologischer Jugendforschung aus, die indessen nur zu erhöhter Aufmerk- und Wachsamkeit der Erwachsenen gegenüber den Jugendlichen führt, sie hat jedoch „die allgemeine Verständnislosigkeit gegenüber ihren Problemen keineswegs vermindert, sondern sie nur verdeckt oder sogar verstärkt“ (Janig 1988:45). Wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung fungierte vor allem als Verstärker der allgemeineren gesellschaftlichen Sichtweise und übernahm weitgehend unhinterfragt deren Paradigma: einmal als Problemgruppe definiert, führte wissenschaftliche Analyse daher eher zur Bestätigung und Erklärung dieser Position als zu ihrer Aufhebung.

Schließlich ist es auch die psychologisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Jugend, die den vorläufigen Endpunkt in der hier skizzierten Entwicklung setzt und den Rahmen für das allgemein-gesellschaftliche Paradigma zum Verständnis von Jugend formuliert. Jugend gilt demgemäß heute – nach wie vor und über alle hochgespielten Veränderungen seit oder gegenüber 1968 hinweg – als eine besondere Lebensphase, die vor allem von den besonderen Problemen der physischen und psychischen Entwicklung gekennzeichnet ist. Jugendlichen erwächst daraus eine Entwicklungsaufgabe, zu deren Erfüllung sie eine Art psychosoziales Moratorium benötigen (Erikson 1980). Das bedeutet zweierlei: einerseits sind sie von bestimmten gesellschaftlichen Anforderungen entlastet, andererseits sind sie gezwungen, sich ihren Entwicklungsaufgaben aktiv zu stellen, und das sind heute, mehr als die entwicklungspsychologischen „Aufgaben“, insbesondere Ausbildungsanforderungen, die über den Einstieg in die Erwachsenenwelt und das Fortkommen darin entscheiden werden. Dieses Konzept, das irgendwie so vernünftig klingt, scheint heute allerdings aus der Balance geraten zu sein. Oder anders gesagt: mit dieser Sichtweise scheint sich der Zustand der Jugend heute nicht mehr adäquat erfassen zu lassen. Die Zubilligung eines Moratoriums hat sich mehr und mehr in die Forderung danach verwandelt (vgl. Janig 1988: 51) und läuft darauf hinaus, Jugendliche aus weiten Teilen des gesellschaftlichen Lebens herauszuhalten. In dem Maße, in dem die Gesellschaft den Einstieg in Berufslaufbahnen und Familienkarrieren nicht mehr strukturieren, geschweige denn garantieren kann, in dem die

Qualität der Ausbildung in keinem nachvollziehbaren Verhältnis zu den beruflichen Anforderungen und beruflichen Möglichkeiten mehr steht, in dem Maße werden die abverlangten Entwicklungsaufgaben als Vorwand gesehen, mit dem Jugendliche von Arbeitsplätzen und sozialer Mitgestaltung ferngehalten werden. Im selben Maße ist es heute auch schwieriger geworden, das konkrete Leben von Jugendlichen als „Übergangsphase zu den voll anerkannten Reifestadien des Erwachsenen“ (Schäfers 1989:14) zu interpretieren. Vor allem Jugendliche können diese Sichtweise nicht mehr teilen. Ohne allzu pathetisch sein zu wollen: aus dem Moratorium ist ein totes Gleis geworden, auf dem die Jugendlichen ziellos, aber mit vielen schwierigen Entwicklungs- und Lernaufgaben zugedeckt und zum Schweigen gebracht, herumstehen und auf ihre Weiterbeförderung warten. Wie schon in der deutschen Shell-Studie von 1981 festgestellt wurde, entwickeln sie dort höchst eigenständige „soziale, moralische, intellektuelle, politische, erotisch-sexuelle, kurz: soziokulturelle Muster, tun dies aber, ohne wirtschaftlich auf eigene Beine gestellt zu sein“ (Jugend 81:101) und ohne politisch ihre eigene Zukunft mit Steuern zu können.

#### **1.4.2. Zur wissenschaftlichen Konstruktion von Jugend**

In der Wissenschaft kommen je nach Problemstellung und Disziplin verschiedene Definitionen von Jugend zur Anwendung, die sich in drei Grundkonzepten zusammenfassen lassen: im Konzept (1) der Lebensphase, (2) der Pubertät und (3) der Adoleszenz.

Das soziologische Konzept der Lebensphase unterscheidet Jugend von anderen Populationen letztlich nach einfachen demographischen Gesichtspunkten (vgl. Hurrelmann 1994). Üblicherweise werden die Altersgruppen der 15- bis 24-Jährigen als Jugendliche definiert, wobei diese Grenzen relativ willkürlich gesetzt sind. Als Konvention innerhalb der Wissenschaft sind solche Altersgrenzen aber sehr zweckmäßig, da sie auf einfache Weise die Vergleichbarkeit von Daten sichern. Über besondere Merkmale der Personen, die dieser Altersgruppe zugerechnet werden, trifft dieses Konzept keine weiteren Annahmen, die Festlegung der Altersgruppe berücksichtigt allerdings wissenschaftliche Erkenntnisse und allgemeine Meinungen, die zur Jugend in der Gesellschaft vorherrschen.

Pubertät ist ein biologisches und medizinisches Konzept, das die sexuelle Reifung des Heranwachsenden bezeichnet und mit dessen Hilfe dieser Prozess beschreibbar und analysierbar gemacht werden kann. Die Altersgrenzen lassen sich in diesem Konzept nicht eindeutig bestimmen, da die Pubertät keinen altersmäßig determinierten Beginn hat. So sind teilweise bereits 11-Jährige dieser Population zuzurechnen. Durchschnittlich wird davon ausgegangen, dass sich ein Großteil der 13-Jährigen in der Phase der Pubertät befindet. Als Ende der Pubertät wird der Abschluss der biologischen Reifung genommen, der zumeist etwa mit dem 18. Lebensjahr erreicht wird. Pubertätsforschung ist daher üblicherweise auf die 13- bis 18-Jährigen konzentriert (vgl. Schäfers 1989:12).

*Von völlig anderer Qualität ist das Konzept der Adoleszenz, das die entwicklungspsycho-logische und soziale Dimension von Jugend beschreibt. Adoleszenz bezeichnet letztlich eine soziale Position mit bestimmten sozialen Bedingungen und die psychischen Probleme und sozialen Verarbeitungsformen, um mit dieser Position zu recht zu kommen. Im Adoleszenz-Konzept erscheint sexuelle Reifung und die allgemeine Entwicklung der Individuen daher nicht per se als Problem, sondern nur unter der Bedingung bestimmter*

*gesellschaftlicher Normen und Handlungserwartungen, beziehungsweise anders formuliert, in Abhängigkeit von den sozialen Kontexten, die Adoleszenz konstituieren.*

Sowohl durch die „Vorverlagerung erotisch-sexueller und politischer Ansprüche bei gleichzeitiger Hinausschiebung von Abschlussstufen der Ausbildung“ (Rosenmayr 1976:240) wie auch durch die Verselbständigung „jugendmässiger“ Lebensweisen (vgl. Jugend '81) – beides unter dem Eindruck und als Reaktion auf allgemeinere Makrotrends der modernen Gesellschaft – kam es in den vergangenen drei bis vier Jahrzehnten zur zeitlichen Ausweitung der Adoleszenz nach vorne und nach hinten. Sprich: die Jugendzeit fängt früher an und dauert dafür länger. Für die Verlängerung nach hinten hat sich der Terminus *Postadoleszenz* eingebürgert (Schäfers 1989), eine Phase, die bei den meisten das gesamte dritte Lebensjahrzehnt bestimmt.

### 1.4.3. Zur Größenordnung der Population

Das Adoleszenzkonzept ist sicher das umfassendste und bestimmt die Population am weitesten. In der oben dargestellten Perspektive, in der die Jugendlichen vor allem als Problemgruppe behandelt werden, weil sie Probleme haben und weil sie anderen, den Erwachsenen, Probleme bereiten, macht eine so weite Definition natürlich nur wenig Sinn, denn selbstverständlich hat ein 13-jähriger Pubertierender ganz andere Probleme und bereitet ganz andere Sorgen als ein noch immer finanziell abhängiger, 28-jähriger Student. In der Perspektive des Adoleszenzkonzepts jedoch, welches auf die soziale Stellung und die sozialen Rahmenbedingungen der Personen abstellt, geraten die dennoch vorhandenen Gemeinsamkeiten in den Blick, insbesondere was die ökonomische Unabhängigkeit, was bestimmte Lebensstile und vor allem auch was die politische Repräsentation anlangt.

*Gerade letzteres lässt es als opportun erscheinen, die Population eher weit und umfassend zu definieren, weil aufgrund der allgemeinen demographischen Entwicklung – Rückgang des Anteils der 15– bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von derzeit 15% auf 10% bis 2035 - eine weitere Abnahme ihrer politischen Bedeutung in den kommenden Jahren zu befürchten ist (siehe Tabelle 6).*

**Tabelle 6: Wie viel Jugend gibt es? Anteil der „Jugendlichen“ an der österreichischen Gesamtbevölkerung nach unterschiedlichen Definitionen für die Jahre 1999 und 2035 (Prognose)**

Jugendkonzepte	1999	2035
„Lebensphase“ 15 – 24 Jahre	15%	10%
„Pubertät“ 13 – 18 Jahre	9%	6%
„Adoleszenz“ 13 – 30 Jahre	27%	12-20%

### 1.4.4. Die soziale Dimension der Adoleszenz

Im folgenden wird der Versuch gemacht, die soziale Lage von Adoleszenten in systemtheoretischer Perspektive und mit Bezug auf die für die Jugendlichen insgesamt bedeutsamsten sozialen Settings (vgl. Nutbeam 1998) zu charakterisieren und mit den Grundprinzipien und den pragmatischen Grundvorstellungen der modernen Gesund-



heitsförderung zu konfrontieren. Ziel der Analyse ist es, den zuvor getroffenen Befund zur Lage der Jugend zu konkretisieren und nachvollziehbar zu machen, um daraus Konsequenzen für die Gesundheitsförderung herzuleiten.

Die soziale Lage von Jugendlichen wird wesentlich von folgenden sozialen Systemen bestimmt: Familie, Schule, Peers (Cliques), Wirtschaft und Politik (bzw. Recht). In diesen Systemen nehmen die Jugendlichen jeweils eine Sonderstellung ein, die sie eindeutig von den Erwachsenen trennt, was in Bezug auf andere Systeme, etwa Medien oder Religion, nicht der Fall ist, weshalb diese hier vernachlässigt werden (vgl. Hurrelmann 1990). Alle diese Systeme erzeugen eine bestimmte, handlungsleitende Vorstellung von Jugend, je nach dem, welche gesellschaftliche Funktion diesen Systemen zukommt. Darüber bestimmt sich, welche „Rolle“ die Jugendlichen in den Systemen jeweils spielen, bzw. abstrakter gesagt: in welcher Weise sie an die jeweiligen Systemkommunikationen überhaupt anschließen können. Man könnte auch salopper sagen: in welcher Weise Jugendliche eingeladen, berechtigt oder gezwungen sind mitzumachen. Daraus wiederum ergeben sich spezifische Probleme und Paradoxien.

**Tabelle 7: Die soziale Lage von Adoleszenten**

System	Funktion des Systems	Rolle des Adoleszenten	Problem
Familie	- Versorgung, - Unterstützung	- Hilfsbedürftiger	- Abhängigkeit statt Selbstorientierung
Schule	- Wissensvermittlung, - Selektion	- Lernen - Anpassung	- Keine Kontrolle - Entfremdung
Peers, Cliques	- Freizeitgestaltung	- Selbstdarstellung, - verwirklichung	- „Bohemien-Stil“ - Devianz
Wirtschaft	- Produktion - Konsum	- Ausschluss - Konsument	- Unselbständigkeit - Konsumorientierung
Politik, Recht	- Regeln	- Ausschluss - Passiver Einschluss durch Rechtsnormen	- Desinteresse - Entpolitisierte Jugend

#### **1.4.5. Beurteilung der sozialen Dimension der Adoleszenz vor dem Hintergrund der Ottawa-Charter**

Die soziale Situation der Adoleszenz zeichnet sich also insgesamt durch Charakteristika aus, die einer gesundheitsförderlichen Lebensgestaltung, die Selbstbestimmung, Entscheidungs- und Kontrollmöglichkeiten für das eigene Leben voraussetzt widersprechen.

Zitat aus der Ottawa Charter 1986:

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“*

#### **1.4.6. Definition von Kinder- und Jugendarmut im Sinne der sozioökonomischen Ungleichheit**

Die traditionellen sozial-ökonomischen Indikatoren wie Bildung, Beruf und Einkommen sind aus mehrfachen Gründen für die Erfassung von Kinder- bzw. Jugendarmut problematisch. Auf Grund der oftmaligen ökonomischen Unselbstständigkeit der Kinder und Jugendlichen, die nur als - im Normalfall von Eltern abhängige - Konsumenten oft aber nicht als eigenständige, im Beruf stehende, Produzenten auftreten, macht die Kriterien Einkommen und Beruf für Kinder und Jugendliche problematisch. Gleiches gilt für das Kriterium Bildung, da viele noch gar keine abgeschlossene Ausbildung ausweisen.

Unter diesen Umständen ist es möglich die sozio-ökonomische Situation von Haushalten zu erfassen, und daraus den Anteil der in armen bzw. armutsgefährdeten Haushalten lebenden Kinder zu ermitteln.

Eine andere Methode verwendet Konsumationsindikatoren und Indikatoren für das Ausmaß des sozialen Kontaktes, die beide als indirektes Maß für den sozio-ökonomischen Status gelten. Niedriger sozio-ökonomischer Status bedeutet zum einen Einschränkungen oder Verzicht im Konsumverhalten. Dies kann zum Beispiel am Besitz eines eigenen Autos, an der Häufigkeit von Urlaubsreisen, an der Zimmeranzahl der Wohnung usw. gemessen werden. Andererseits kann niedriger sozio-ökonomischer Status eine Einschränkung sozialer Kontakte bedeuten. In der in Kapitel 2 beschriebenen HBSC Untersuchung (Health Behaviour in Schoolaged Children) wurden sowohl die subjektive Bewertung der finanziellen Ressourcen des Haushaltes durch die Kinder, als auch Konsumationsdaten wie die Anzahl der Autos, Urlaubsreisen und das Vorhandensein eines eigenen Zimmers der Jugendlichen als Indikatoren herangezogen (*Currie, Elton et al 1997; Klocke, Hurrelmann 1995; Klocke 1998*).

#### **1.4.7. Das Ausmaß der sozio-ökonomischen Kinder- und Jugendarmut**

Zu den 420.000 armen Haushalten in Österreich gehören neben Mehrgenerationenfamilien auch in besonderem Maß AlleinerzieherInnenhaushalte und kinderreiche Familien. Ca. 1/3 (137.000) aller Armen in Österreich sind Kinder. Von den armen Haushalten in Österreich sind 14% AlleinerzieherInnenhaushalte, 20% Haushalte mit 3 und mehr Kindern, 19% Haushalte mit zwei Kindern, 14% Haushalte mit einem Kind. (*Giorgi, Steiner 1998*). D.h. in über 2/3 (67%) aller armen Haushalte in Österreich leben Kinder.

Zu leicht abweichenden Zahlen kommen andere Expertenschätzungen: Laut Lutz/Wagner/Wolf 1993 lebten in Österreich 1989 ungefähr 200.000 Kinder, die von Armut gefährdet waren. Bacher (*Bacher 1997:42*) schätzt, dass diese Zahl in den 90er Jahren auf 270.000 gestiegen ist. Er unterstellt dabei eine nicht unumstrittene Definition der Einkommensarmutsgefährdung von Kindern: Kinder die in Haushalten leben deren Pro-Kopf-Netto-Einkommen unter einem bestimmten Schwellenwert liegt, wobei Kinder und Erwachsene in gleicher Weise gezählt werden.

#### 1.4.8. Der Zusammenhang von Kinder- und Jugendarmut und Gesundheit

Über den Zusammenhang der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand von Jugendlichen liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Wie Klocke und Hurrelmann (*Klocke, Hurrelmann 1995*) betonen, gibt es Studien die für die gleiche Region einen Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen nachweisen (*Currie, Todd et al. 1993*) und solche die zum gegenteiligen Ergebnis kommen (*McIntyre 1991*).

Während, der generelle Zusammenhang von Armut und Gesundheit gut belegt ist, scheint dies bei den Jugendlichen empirisch weniger abgesichert zu sein. Das hat insbesondere damit zu tun, dass die Jugendphase im Normalfall eine der am wenigsten krankheitsanfälligen Phasen im Leben eines Menschen ist. Gleichzeitig nehmen aber die Morbidität und Mortalität bei den Jugendlichen nicht ab, wie dies in allen anderen Bevölkerungsgruppen der Fall ist. Ein weiterer Aspekt bei der Gesundheitsbeobachtung von Jugendlichen ist, dass ihr Zugang zu Einrichtungen medizinischer und psychischer Versorgung weit geringer ausgeprägt ist, als bei Erwachsenen und eventuell vorhandene Gesundheitseinschränkungen demnach statistisch gar nicht erfasst werden.

Hinzu kommt, wie Patrick West (West 1991) feststellt, dass die üblichen Gesundheitsindikatoren Mortalität, Chronische Krankheit und teilweise auch die selbst-berichtete Gesundheit für Jugendliche nicht so gut passen oder überhaupt ungeeignet sind. Ähnliches gilt für die Messung des sozioökonomischen Status: er wird bei Jugendlichen im Normalfall entlang des Status des Haushaltsvorstandes gemessen (Einkommen, Abgeschlossene Schulbildung, Beschäftigung), was desto schwieriger ist, je jünger die Kinder sind. Gewisse Unschärfen sind aufgrund dieser methodischen Probleme unvermeidbar.

Den sozialen Beziehungen in der Familie, im Eltern-Kind Verhältnis und den Peergroups kommt eine moderierende und intervenierende Rolle zu, wenn es um den Zusammenhang von benachteiligten Lebensbedingungen und Gesundheit geht. Familien, Eltern-Kind Beziehungen und Freunde können als Puffer für sozio-ökonomische Benachteiligungen fungieren, sodass von keinem direkten Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ausgegangen werden kann (Walper 1995).

Über Einfluss von Dauer und Stärke der Armut auf die Gesundheit von Jugendlichen liegen bisher nur unzureichende Forschungsergebnisse vor. (Klocke 1998)

Empirisch betrachtet scheint sich mit steigendem Alter ein umso ausgeprägterer Zusammenhang von sozio-ökonomischen Faktoren und Gesundheit zu ergeben, auch wenn die Wachstumskurve in der Armen Bevölkerung im Pensionsalter wieder abgeschwächt wird. Folgende österreichische Zahlen stammen aus (Giorgi, Steiner 1998)

**Tabelle 8: Personen aus armen und nicht-armen Bevölkerungsschichten mit schlechtem Gesundheitszustand im Vergleich**

Anteil der Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand Nach Altersgruppen	Nicht-arme Bevölkerung	Arme Bevölkerung
31-45	2%	5%
46-60	9%	27%
61-75	18%	26%
+75	36%	54%
Insgesamt	12%	25%

(Morbidity, Mortality; ÖSTAT)

Die soziale Selektionsthese, die behauptet, dass es allgemein zu einer sozialen Abwärtsbewegung durch Krankheit kommt, scheint sich bei Jugendlichen erst nach einer zeitlichen Verschiebung zu bewahrheiten. Armut und geringes sozioökonomisches Kapital in der Jugend erhöhen die Morbiditäts- und Mortalitätswahrscheinlichkeit im Alter. Die Folgen der Mangellage sind nicht unmittelbar und direkt im Jugendalter messbar, sondern werden erst in der Zukunft manifest. Das Ausmaß und die Dauer der Mangellage müssen ebenso wie individuelle und soziale Coping Strategien, spezifische Lebensereignisse, die Nutzung gesellschaftlich gebotener Maßnahmen zur sozialen Sicherung und Unterstützung, sowie Ereignisse mit kollektiven Folgen (Wirtschaftskrisen, Kriege, etc.) als intervenierende Variablen berücksichtigt werden.

Methodisch müsste eine begleitende Langzeitsstudie mit Vergleichskohorten durchgeführt werden, um den Einfluss der Armut in der Jugend auf den gesundheitlichen Lebensverlauf und die Lebenschancen empirisch auszuweisen. Die Lebenslaufstudien greifen diese Fragestellungen z.T. auf (*Van de Mheen, Stronks et al 1998a; Van de Mheen, Stronks et al 1998b; Wadsworth 1997*)

Die empirischen Zusammenhänge von Jugend und Gesundheit stellen daher oft nicht auf klinisch-manifeste Befunde ab, sondern weisen Zusammenhänge von Armut, subjektivem Wohlbefinden, subjektivem Gesundheitszustand, Gesundheitsbeschwerden, Zukunftsvorstellungen, das Betreiben von Sport, TV-Konsum, Lebenszufriedenheit, Außenseitertum, Akzeptanz bei den MitschülerInnen, Einsamkeit, Hilflosigkeit und Selbstvertrauen etc. auf. Klocke und Hurrelmann (*Klocke, Hurrelmann 1995*) zeigen etwa in einem Extremgruppenvergleich, dass Kinder aus der unteren Schicht in nahezu allen Kategorien ihre gesundheitliche Situation schlechter bewerten. Die geringsten Unterschiede zeigen sich im Gesundheitsverhalten und deutlicher sind sie in der Bewertung des Gesundheitszustandes und der Gesundheitsbeschwerden. Nach dieser Untersuchung zeigt sich für Deutschland ein direkter, linearer Zusammenhang zwischen dem Grad der sozialen Privilegierung und dem Ausmaß von Gesundheit.

Klocke (*Klocke 1998*) zeigt an Hand der Analyse von Daten aus Deutschland (D), Schottland (Sch) und Schweden (S), dass unter Jugendlichen, die in Armut leben, Zukunftsvorstellungen in Richtung Arbeitslosigkeit und ungelernte Arbeit signifikant häufiger sind (D,Sch), ebenso wie unterdurchschnittliche Schulleistungen (D,Sch,S), seltener Sport (D),

überdurchschnittlicher TV-Konsum (D,Sch), geringe Lebenszufriedenheit (D,Sch,S), häufiges Außenseitertum (D,Sch), seltenere Akzeptanz durch die Mitschüler (D,Sch,S), häufiger Einsamkeit (D,Sch,S), häufiger Hilflosigkeit (D,Sch,S) und geringem Selbstvertrauen (D,Sch;S).

Interessant vor dem Hintergrund der bereits genannten These der *social cohesion*, sowie der Wichtigkeit materieller Ressourcen nicht in einem absoluten Sinn, sondern in Relation zu einer angenommenen Norm ist, dass Klocke den Armutsanteil an der Bevölkerung in den drei Ländern mit einem Belastungskennwert der Armut in Beziehung setzt und zur Aussage kommt, dass mit zunehmendem Grad der Verbreitung von Armut die psychosoziale Belastung der Kinder durch Armut abnimmt. Kollektiv empfundene Armutsschicksale scheinen demnach weniger belastend zu sein.

Für Österreich führt Bacher (*Bacher 1997*) hingegen aus, dass weder ein direkter noch ein indirekter Zusammenhang zwischen Einkommensarmutsgefährdung und Wohlbefinden der Kinder nachzuweisen ist, wohl aber ein schwacher Zusammenhang zwischen der Einkommensarmutsgefährdung und den Zukunftschancen. Für die Stärke der Auswirkung der letztgenannten Variable sind die Bildung und die berufliche Position der Eltern sowie die infrastrukturelle Verfügbarkeit von Schulen ausschlaggebend.

## **2. Soziale Ungleichheit und die Gesundheit österreichischer Kinder und Jugendlicher**

Im Folgenden wird anhand der Ergebnisse des WHO-HBSC-Surveys von 1998<sup>5</sup> die soziale Lage der österreichischen Kinder und Jugendlichen untersucht. Entsprechend der in Kapitel 1 behandelten Ungleichheitskonzepte geschieht dies in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Familie sowie in Bezug auf das soziale und symbolische Kapital im Sinne P. Bourdieus.

In der HBSC-Befragung von 11- bis 15-jährigen Kindern wird der sozioökonomische Status der Familie angesichts der diesbezüglichen Messschwierigkeiten in dieser Population - mit drei verschiedenen Indikatoren erfasst: mit dem Beruf der Eltern, mit dem Vorhandensein von bestimmten Lebensstandardfaktoren (Auto, eigenes Zimmer, Urlaube) und über die von den Kindern subjektiv wahrgenommene finanzielle Situation der Familie. Aus diesen Indikatoren lässt sich das Familieneinkommen mit einiger Treffsicherheit rekonstruieren. Das soziale Kapital wird als Vorhandensein unterstützender Beziehungen interpretiert, sei dies in der Familie, in der Schule oder im Freundeskreis, der sogenannten Peergruppe. Auch hierfür stellt die HBSC-Studie eine Reihe von guten Indikatoren zur Verfügung. Das symbolische Kapital schließlich, verstanden als soziales Prestige, kann nur grob durch Verwendung des besuchten Schultyps als Indikator betrachtet werden, und zwar in dem Sinn, dass Hauptschule und Polytechnische Schule ein geringeres Prestige vermitteln als Mittlere und Höhere Schulen.

### **2.1. Der sozioökonomische Status der Familien**

Laut ÖSTAT<sup>6</sup> leben 13% der österreichischen Bevölkerung an der Armutsgrenze und rund 300.000 Personen in tatsächlicher Armut. Ein Gutteil dieser Personen lebt in Familien: in Österreich wie im europäischen Durchschnitt liegt der Anteil der armutsgefährdeten Familien bei 20%.<sup>7</sup> Insgesamt sind Familien ärmer als der Durchschnitt der Bevölkerung, da Väter und Mütter überdurchschnittlich jung sind, kürzer im Berufsleben stehen, weniger Karriereschritte durchlaufen haben und daher tendenziell schlechter bezahlt sind.

Diesen offiziellen Angaben entsprechen die Angaben der Kinder im HBSC-Survey 1998 insgesamt sehr gut. In Grafik 1 ist die Verteilung der österreichischen Schulkinder nach dem Familieneinkommen auf der Grundlage der HBSC-Daten in fünf Gruppen dargestellt. Der

---

<sup>5</sup> Die WHO Studie Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) 1998 wurde vom BMSG finanziert und von der Sektion VIII fachlich betreut. Für die Ergebnisse siehe: Dür, W. et al. (1999): Bericht zur Gesundheit der Jugendlichen in Österreich, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien. Für die internationalen Daten siehe: Currie, E. et al. (Eds.) (2000): Health and Health Behaviour among young people. WHO, Kopenhagen.

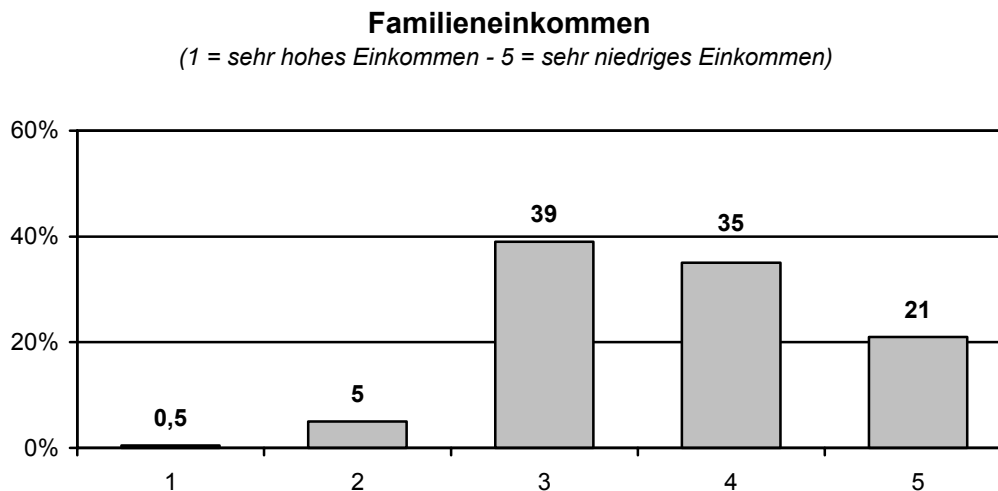
<sup>6</sup> ÖSTAT (1999): Einkommen der Haushalte von unselbständig Erwerbstätigen nach dem Haushalts- und Familientyp, Mikrozensus 1997, Statistische Nachrichten 5/1999

<sup>7</sup> vgl. EAPN(1998): Poverty in Europe, European Anti-Poverty Network, March 1998, p.18

dabei verwendete Index, der auf den Angaben der Kinder über die Berufe von Vater und Mutter basiert<sup>8</sup>, gibt die ökonomische Situation von österreichischen Haushalten gut wieder.

Danach sind 0,5% der Familien als reich zu bezeichnen, und weitere 5% der Schulkinder leben in einer Familie mit sehr hohem Familieneinkommen. Hingegen leben 21% in einer Familie, deren Einkommen an der Armutsgrenze oder bereits darunter liegt. Etwa drei Viertel der Familien bilden die obere und untere Mittelschicht.

**Grafik 1: Familieneinkommen von österreichischen Familien<sup>9</sup>**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Es ist interessant festzustellen, dass die Kinder die ökonomische Situation ihrer Familie subjektiv als günstiger empfinden, als diese eigentlich ist (siehe Grafik 3). Viele Schulkinder „korrigieren“ ihren sozioökonomischen Status nach oben. Das kann verschiedene Ursachen haben. Zunächst wäre denkbar, dass die ökonomischen Unterschiede im konkreten Alltag der Kinder und Jugendlichen tatsächlich nicht so stark ausgeprägt sind, bzw., dass sich die realen Ausgaben der Eltern für ihre Kinder nicht so sehr unterscheiden, wie die realen Einkommensunterschiede erwarten lassen würden. Das hieße, dass ärmere Eltern im Durchschnitt einen Teil der Einkommensunterschiede auf Kosten anderer Ausgabenbereiche zugunsten der Kinder kompensieren. Man kann auch annehmen, dass sich untere Schichten nach unten, also mit jeweils ärmeren Familien vergleichen, die sie auch eher in ihrer Umgebung wahrnehmen können, und sich selbst dadurch als mittelschichtig einstufen. Es wäre aber ebenfalls denkbar, dass schlechte Einkommensverhältnisse und Armut selbst in einem anonymen Fragebogen schwer einzugestehen sind und deshalb tendenziell

<sup>8</sup> Die Angaben der befragten Kinder zu den genauen Berufsbezeichnungen von Vater und Mutter wurden von einem Kodierer in mehreren Arbeitsschritten zu fünf Einkommensgruppen zusammengefasst, die der Unterschicht, unteren Mittelschicht, Mittelschicht, oberen Mittelschicht und Oberschicht entsprechen.

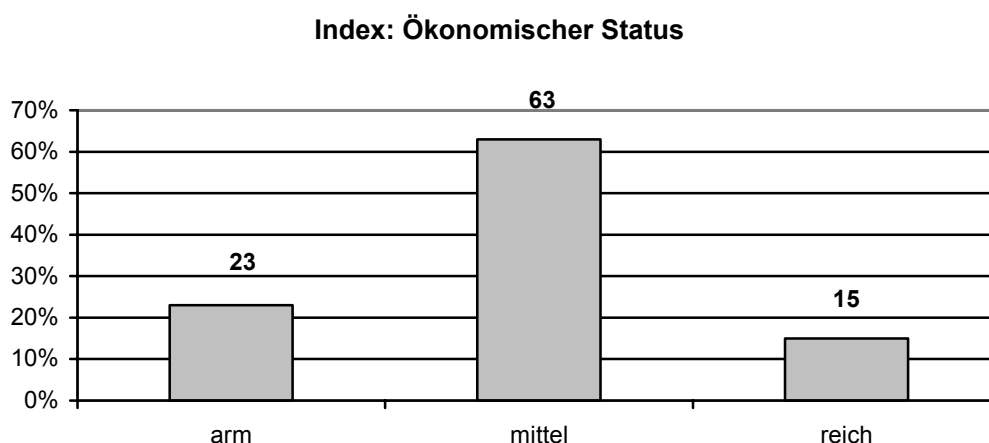
<sup>9</sup> Das Familieneinkommen berechnet sich aus dem Beruf des Vaters und der Mutter. Die möglichst genau abgefragten Berufsbezeichnungen der Eltern wurden kodiert und einem fünfteiligen Einkommens-Schema zugeordnet.

verleugnet werden, da die Kinder selber an der ökonomischen Situation der Familie ja auch gar nichts ändern können, sich womöglich aber für ihre Eltern schämen.

Es ist nicht möglich anzugeben, welcher dieser Faktoren in welchem Ausmaß auf die subjektive Einschätzung der ökonomischen Situation durch die Jugendlichen einwirkt, es deckt sich aber mit dem in Kapitel 1 diskutierten Ergebnis der internationalen Forschung, dass bei Jugendlichen die sozioökonomischen Unterschiede offenbar weniger auf die Gesundheit durchschlagen, als dies bei der Erwachsenenbevölkerung der Fall ist. Eine Erklärung läge eben darin, dass der Lebensstandard der Kinder noch weniger in Richtung Ungleichheit ausdifferenziert ist. Weniger, aber doch in relevantem Ausmaß, wie eine Betrachtung des ökonomischen Status nach Lebensstandardfaktoren zeigt.

Die Lebensstandardfaktoren stellen zur Erfassung des sozioökonomischen Status der Familie durch die Berufe der Eltern eine wichtige Ergänzung dar. Die in dem Zusammenhang messtechnisch brauchbaren Faktoren sind: ein eigenes Zimmer haben, die Anzahl der Autos der Familie und die Anzahl der Urlaube, die sich eine Familie pro Jahr leisten kann. Aus diesen Indikatoren wurde ein dreiteiliger Index gebildet, der die österreichischen Familien in ärmere, mittelschichtige und wohlhabende Familien differenziert. Die Grenzen dieser Schichtzugehörigkeit wurden willkürlich, aber unter Bedachtnahme auf obige Einkommensverteilung gezogen. Danach lassen sich 23% der Familien der Unterschicht, 63% der Mittel- und 15% der Oberschicht zuordnen (vgl. Grafik 2). Gegenüber der an den Elternberufen orientierten Messung des sozioökonomischen Status ist hier die Mittelschicht zugunsten der Oberschicht auf zwei Drittel reduziert. Mit 15% ist die Oberschicht sicher breiter definiert, was aber für statistische Berechnungen, die ja nicht so sehr eine objektive Rekonstruktion der Schichtungsverhältnisse, sondern vor allem den Unterschied zwischen den ärmeren und den wohlhabenderen Schichten und dessen relativen Effekt auf die Gesundheit zum Ziel haben, von Vorteil ist. Für die weiteren statistischen Berechnungen werden wir diesen Index zur Schichtmessung verwenden.

**Grafik 2: Ökonomischer Status von österreichischen Familien nach Lebensstandardfaktoren<sup>10</sup>**



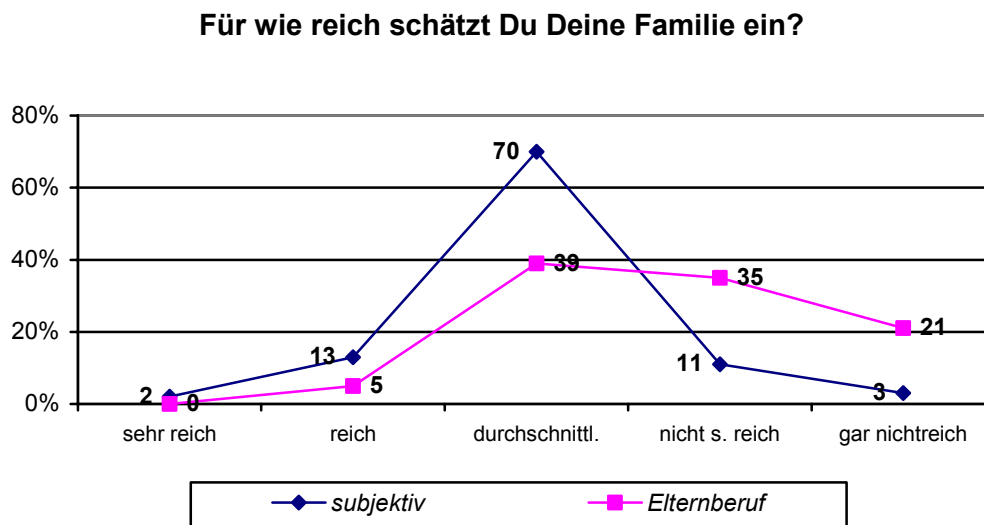
Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

<sup>10</sup> Zur Konstruktion des Index wurden folgende Variablen herangezogen:

„Hat Deine Familie ein Auto?“; „Hast Du zu Hause ein eigenes Zimmer für Dich alleine?“; „Wie oft bist Du während des letzten Jahres in den Ferien mit Deiner Familie verreist?“; „Für wie reich schätzt Du Deine Familie ein?“.



**Grafik 3: Vergleich der realen Einkommenssituation mit der subjektiven Einschätzung des sozioökonomischen Status der Familie**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Um das tatsächliche ökonomische Auskommen von Familien beschreiben zu können, muss neben dem Familieneinkommen auch die Familienzusammensetzung berücksichtigt werden, also die Frage auf wie viele Köpfe das Einkommen zu verteilen ist.

Der Großteil der Befragten (40%) lebt mit beiden Eltern und mit einem weiteren Geschwisterteil zusammen in einem 4-Personen-Haushalt. 18% der österreichischen Schülerinnen und Schüler sind Einzelkinder, wovon 4% mit nur einem Elternteil zusammenleben. 34% leben in einem Fünf- und Mehr-Personen Haushalt.

**Tabelle 9: Die Familienzusammensetzung<sup>11</sup> von österreichischen Schulkindern (Zusammenleben mit den leiblichen Eltern oder Ersatzeltern und Geschwistern)**

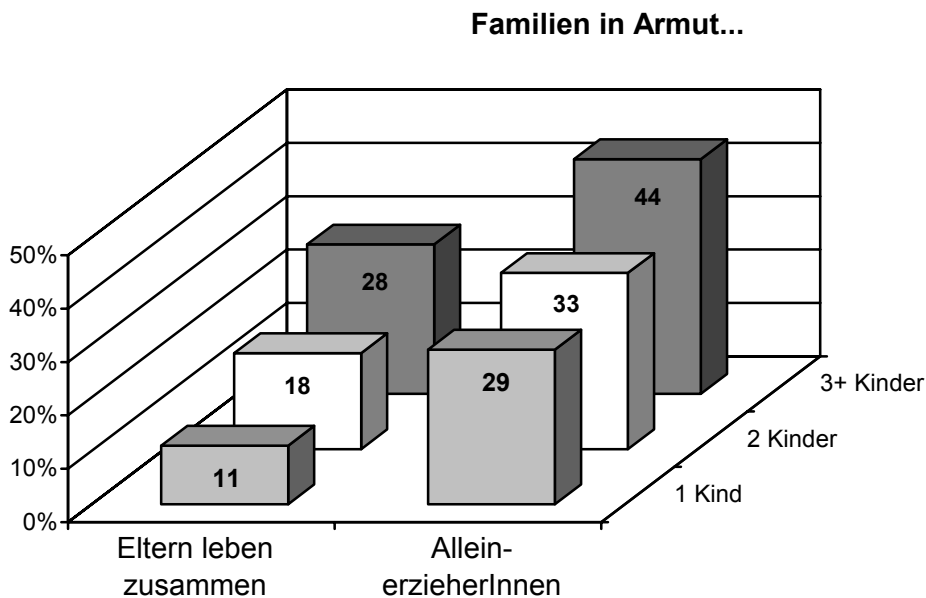
Familienzusammensetzung	
Vater und Mutter +1 Kind	14%
Vater und Mutter +2 Kinder	40%
Vater und Mutter +3 Kinder und mehr	34%
Nur Vater oder Mutter +1 Kind	4%
Nur Vater oder Mutter +2 Kinder	5%
Nur Vater oder Mutter +3 Kinder u. mehr	3%
Ersatzeltern	0,5%
Σ	100%

Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

<sup>11</sup> Vgl. W. Dür et al. (2000): Bericht zur Gesundheit der Jugendlichen in Österreich, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.

Wie die folgende Grafik sehr deutlich zeigt, gilt, dass Familien desto armutsgefährdeter sind, je mehr Kinder sie haben. Noch stärker ist dieser Effekt in AlleinerzieherInnenfamilien gegeben, wo nur ein Einkommen zur Verfügung steht. 44% der AlleinerzieherInnen mit drei oder mehr Kindern sind der Kategorie der Armen zuzurechnen.

**Grafik 4: Familien, die in Armut leben, in Abhängigkeit von der Familienzusammensetzung**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

## 2.2. Soziale Ungleichheit in bezug auf das soziale Kapital

Die neuere internationale Diskussion zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit berücksichtigt verstärkt das auf den französischen Soziologen Pierre Bourdieu zurückgehende Konzept des sozialen Kapitals. Dieses Konzept geht allgemein von Lebenschancen aus und begreift neben den ökonomischen Faktoren in gleicher Weise auch soziale Beziehungen als notwendige Ressourcen zu deren Realisierung.<sup>12</sup> In dieser Betrachtungsweise ist die Familie nicht nur durch ihren sozioökonomischen Status von Bedeutung, sondern ebenso durch die Qualität der sozialen Beziehungen und durch die

<sup>12</sup> Siehe z.B. Bourdieu, P. (1986): The Forms of Capital. In: Richardson, J. (Hg.): Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. Westport, CT; Hradil, S. (1994): Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialegpidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen, S. 375 – 392, Marmot, M., Bobak, M., Smith, G.D. (1995): Explanations for Social Inequalities in Health. In: Amick, B.C.I., Levine, S., Tarlov, A.R., Walsh, D.C. (Hg.): Society and Health. New York, Oxford, S. 172 - 210.

soziale Unterstützung, die sie anbietet. In gleicher Weise treten aber auch andere soziale Beziehungen zu anderen Verwandten, FreundInnen oder LehrerInnen in das Blickfeld.<sup>13</sup> Zur Operationalisierung des sozialen Kapitals bieten sich auf der Grundlage der HBSC-Daten vor allem zwei Möglichkeiten an: (1) das Vorhandensein sozialer Unterstützungsangebote im Fall von Krisen und (2) das Faktum sozialer Deprivation als Ausdruck extrem negativer sozialer Erfahrungen.<sup>14</sup>

(1) Die meisten österreichischen Kinder und Jugendlichen (81%) können im Fall ernster Probleme immer mit Unterstützung von mindestens einer Person rechnen (vgl. Grafik 5). Bei dieser Gruppe ist zunächst nicht unterschieden, ob die Unterstützung von der Mutter, dem Vater, LehrerInnen, FreundInnen oder anderen Personen kommt. Eine differenziertere Betrachtung ergibt jedoch, dass diese Person immer noch am häufigsten (57%) die Mutter ist. Deutlich weniger Kindern können immer mit der Unterstützung des Vaters rechnen (31%), nur 29% können immer auf die Unterstützung beider Elternteile zählen. Wichtiger als der Vater ist der beste Freund/die beste Freundin (43%) und sogar andere Personen (39%), zu denen vor allem andere Verwandte, insbesondere Großeltern, zu rechnen sein dürften.

In Bezug auf soziale Unterstützung ist ein Geschlechts- und bezogen auf Knaben ein Alterseffekt gegeben. Bemerkenswert ist, dass dadurch vor allem die 15-jährigen Knaben als unterprivilegiert erscheinen. Während der Anteil der 15-jährigen Mädchen, die mindestens eine zuverlässig helfende Person haben, 88% beträgt, sind es bei den 15-jährigen Knaben nur 73%. Es scheint, als schlage sich darin nieder, dass es in manchen Schichten noch immer zu einer männlichen Sozialisation gehört, mit Problemen selber fertig zu werden und nicht „zu jammern“.

Wenn man davon ausgeht, dass in bezug auf das soziale Kapital nicht so sehr die Anzahl unterstützender Personen ausschlaggebend ist, sofern man nur überhaupt jemanden hat, der für einen da ist, so müssen jene als Problemgruppe gesehen werden, die nur in bestimmten Fällen oder gar nie zuverlässig mit Unterstützung rechnen können. Sie sind im Sinne der Theorie des sozialen Kapitals unterprivilegiert. Dieser Gruppe gehören immerhin 19% aller 11- bis 15jährigen Kinder und Jugendlichen an, wobei erwartungsgemäß wieder mehr Knaben als Mädchen von diesem Problem betroffen sind: 27% der 15-jährigen Knaben, aber nur 12% der 15-jährigen Mädchen können nur selten oder sogar überhaupt nicht bei Problemen mit Hilfe rechnen.

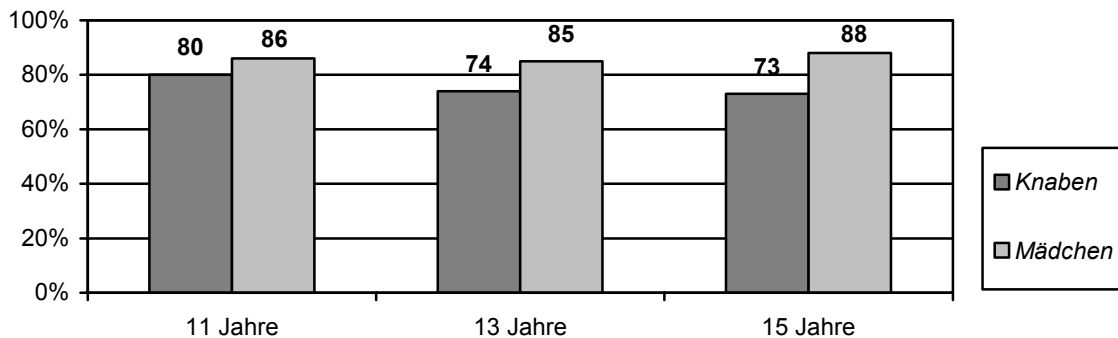
Schultypenspezifisch betrachtet erhalten HauptschülerInnen weniger Unterstützung als GymnasiastInnen. 32% der 15-jährigen männlichen Hauptschüler erhalten nur in bestimmten Fällen bzw. selten bis nie eine Unterstützung.

---

<sup>13</sup> Für P. Bourdieu stellen natürlich auch Mitgliedschaften in Parteien, Kammern und Vereinen wichtige soziale Kapitalien dar. Es kann aber angenommen werden, dass diese Dimension bei 11- bis 15-Jährigen nicht so bedeutsam ist, da ihre zentralen Lebensumstände (Familien- und Schulzugehörigkeit) von Mitgliedschaften in Jugendgruppen nicht beeinflusst werden.

<sup>14</sup> Mit Bourdieu würde man auch die Qualität der Familienbeziehungen und der Beziehungen zu Peergruppen als soziales Kapital bezeichnen können. Es ist derzeit allerdings in Diskussion, was eine solche weite Auslegung den älteren Konzepten der sozialen Kohäsion und der sozialen Integration neues hinzuzufügen vermag.

**Grafik 5: Soziale Unterstützung: Kinder, die von mindestens einer Person immer mit sozialer Unterstützung rechnen können nach Geschlecht und Altersgruppen**

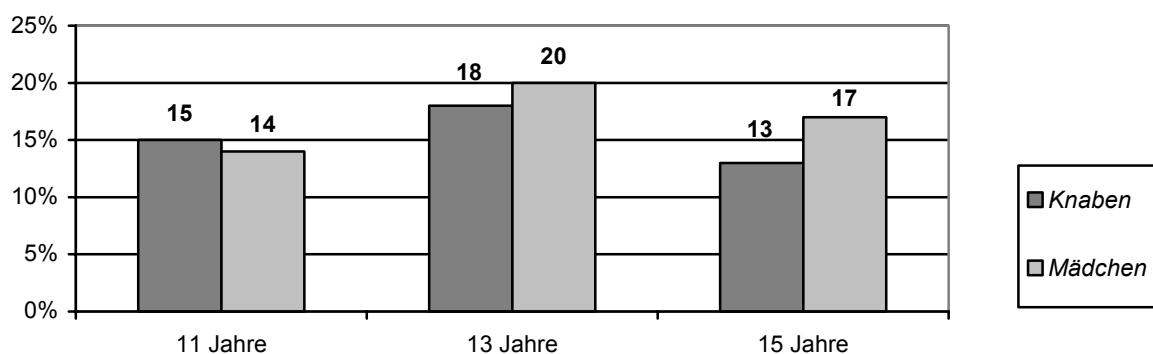


Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

(2) Peergruppen, die Cliques der Gleichaltrigen aus dem gleichen soziokulturellen Milieu, sind im Sinne des sozialen Kapitals im Kontext von Gesundheit nicht nur durch die angebotene soziale Unterstützung von Bedeutung, sondern auch dadurch, dass sie den entwicklungsbedingten Ablösungsprozess vom Elternhaus befördern und ermöglichen und das Bedürfnis nach sozialem Eingebundensein befriedigen. Der Ausschluss aus Peergruppen stellt daher eine soziale Deprivation dar, durch welche die Realisierung wesentlicher Lebenschancen unmöglich wird.

Eine Häufung solcher negativer Deprivationserfahrungen – von anderen aktiv ausgeschlossen werden, sich einsam fühlen, nur schwer oder gar nicht Freunde machen zu können, regelmäßig Opfer von „bullying“-Aktionen<sup>15</sup> zu werden – trifft auf 6% der österreichischen Jugendlichen zu. Weitere 10% machen zumindest 3 der genannten Erfahrungen wiederkehrend. Es besteht diesbezüglich ein leichter Gipfel für die 13-Jährigen, und die Mädchen sind etwas stärker davon betroffen als die Knaben.

**Graphik 6: Soziale Deprivation – soziale Ausschlusserfahrungen nach Alter und Geschlecht**

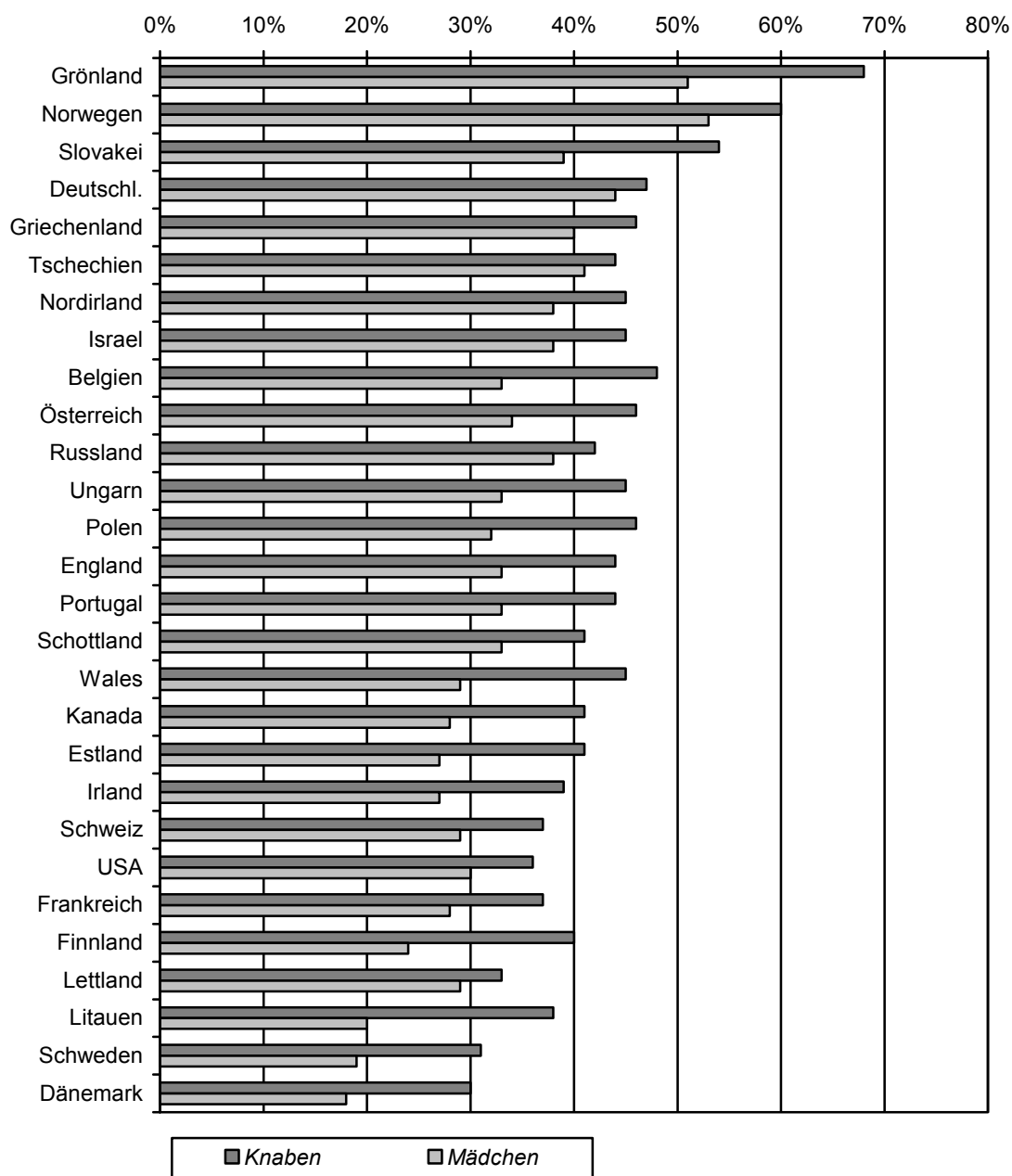


Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

<sup>15</sup> Bullying ist im Englischen bezogen auf Kinder und Jugendliche das Pendant zu dem, was bei Erwachsenen Mobbing genannt wird.

Umgekehrt, was das Freunde machen und haben anbelangt, zeigt sich ein ähnliches Bild: 85% geben an, drei oder noch mehr gute FreundInnen zu haben und auch hier ist ein Alters- und Geschlechtseffekt gegeben: mit zunehmendem Alter wird es anscheinend für beide Geschlechter schwerer, Freunde zu finden, bei der Häufigkeit von Kontakten zu den Peers sind die Mädchen gegenüber den Knaben leicht benachteiligt, indem sie ihre FreundInnen nicht so oft sehen können wie ihre männlichen Altersgenossen (vgl. Grafik 7). Insgesamt scheinen sich die österreichischen Jugendlichen, vor allem die Mädchen, nicht ganz so häufig in ihrer Freizeit zu treffen, wie das in manchen anderen Ländern der Fall ist: nur 37% der SchülerInnen treffen sich 4x pro Woche oder öfters mit ihren FreundInnen außerhalb der Schule, mit zunehmendem Alter geschieht dies etwas häufiger (vgl. Grafik 7).

**Grafik 7: 15-jährige Schulkinder, die sich 4-5x pro Woche außerhalb der Schule mit den FreundInnen treffen, nach dem Geschlecht im internationalen Vergleich**



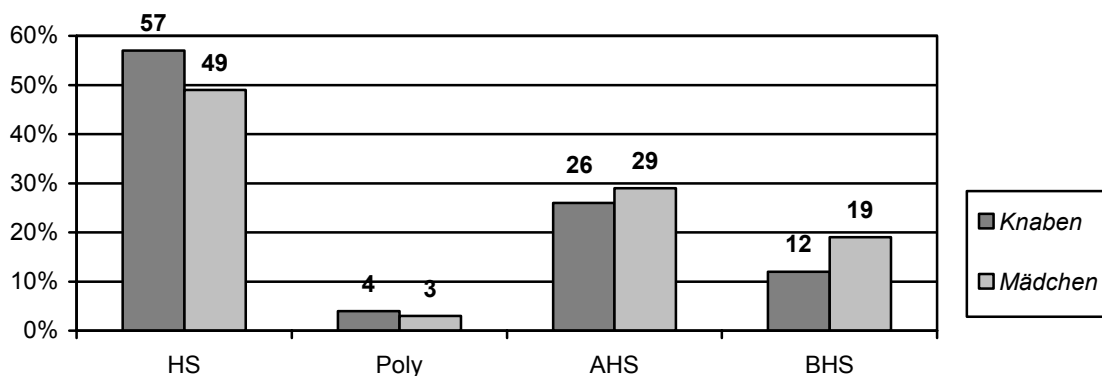
## 2.3. Soziale Ungleichheit bezogen auf das Symbolische Kapital

Das symbolische Kapital, jene Ressource, die P. Bourdieu zufolge darin besteht, über die Aneignung von Symbolen, zum Beispiel akademische Titel, Zugang zu ökonomischen und sozialen Kapitalien zu finden (siehe Kapitel 1), kann in Österreich in bezug auf Schulkinder mittels des Schultyps gemessen werden. Dies deshalb, weil das österreichische Pflichtschulsystem ein Zwei-Klassen-System ist, in dem die Zugehörigkeit zu Hauptschulen und Polytechnischen Schulen weniger Status vermittelt wie die Zugehörigkeit zu Mittleren und Höheren Schulen.

Dennoch muß die Aussagekraft dieses Indikators vorsichtig ausgelegt werden, denn mit der Zugehörigkeit zu einem Schultyp ist nicht eine bestimmte soziale Statuserfahrung gegeben, sondern auch ein Schichteffekt, so dass die Zugehörigkeit zum Schultyp zunächst als Resultat der Schichtzugehörigkeit der Familie zu verstehen ist.

Mehr als die Hälfte (53%) der 11- bis 15-Jährigen besucht die Hauptschule bzw. den Polytechnischen Lehrgang. 28% gehen ins Gymnasium in der Ober- oder Unterstufe und 16% besuchen eine Berufsbildende Mittlere oder Höhere Schule.

**Grafik 8: Verteilung der 11- bis 15-Jährigen auf die verschiedenen Schultypen, differenziert nach Geschlecht**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

## 2.4. Soziale Ungleichheit und die Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

### 2.4.1. Soziale Ungleichheit und die subjektive Gesundheit

Insgesamt gesehen und auch im internationalen Vergleich ist die subjektive Gesundheitseinschätzung bei Jugendlichen in Österreich erfreulich hoch. 42% aller drei Altersgruppen fühlen sich sehr gesund, die Mehrheit (54%) fühlt sich immerhin (wenn auch mit gewissen Abstrichen) gesund, nur 3% der Befragten geben eine besorgniserregende Antwort, denn sie fühlen sich definitiv nicht gesund. Wie in allen Ländern so ist die Gesundheit auch in Österreich sowohl stark geschlechts- als auch altersrelativ. In der Kategorie der "sehr Gesunden" finden sich weit mehr Knaben als Mädchen und je älter die Schülerinnen und Schüler werden, desto schlechter ist die subjektive Einschätzung des

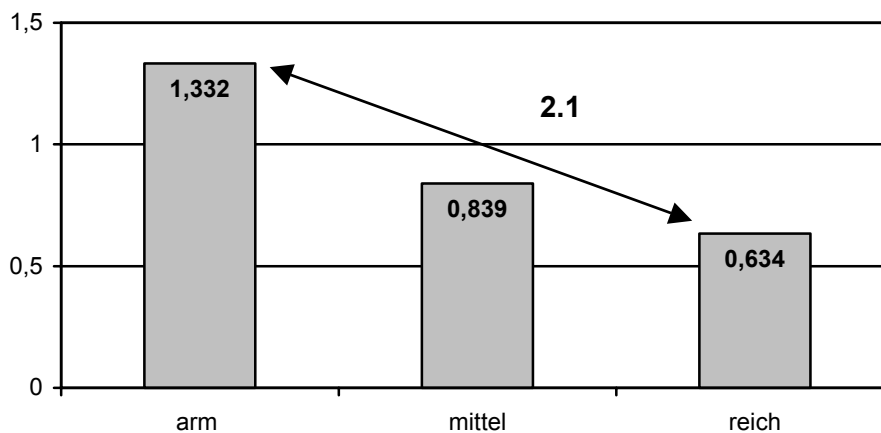
Gesundheitszustands. Sehr gesund fühlen sich nur mehr ein Viertel aller 15-jährigen Mädchen.

Wie hängen diese Werte nun mit dem sozioökonomischen Status der Familie der Jugendlichen zusammen? Es findet sich hierfür in den HBSC-Daten von 1998 ein signifikanter Zusammenhang, der kurz gefasst aussagt: je höher das Familieneinkommen ist, desto gesünder fühlen sich die Kinder.

Bei einem sehr hohen Familieneinkommen geben 56% der SchülerInnen an, dass sie sich sehr gesund fühlen, bei einem sehr niedrigen Familieneinkommen fühlen sich hingegen nur mehr 41% sehr gesund. Entsprechend höher ist in armen Familien der Anteil der Kinder, die sich nicht gesund fühlen. Als Oddsratio<sup>16</sup> ausgedrückt: das Risiko, „nicht gesund“ zu sein, ist für Kinder aus armen Familien, um den Faktor 2,1 größer, also doppelt so groß wie für Kinder reicher Eltern (vgl. Grafik 9).

Der selbe Effekt kann auch für den Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des ökonomischen Status und dem subjektiven Gesundheitsempfinden gezeigt werden. SchülerInnen, die ihre Familie als reich einschätzen, fühlen sich zu 51% sehr gesund, jene, die ihre Familie als arm einschätzen, fühlen sich nur zu 36% sehr gesund.

**Grafik 9: Das Risiko sich „nicht gesund“ zu fühlen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status der Familie**



*Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998; die Werte über den Balken geben die gegenüber dem Durchschnitt bzw. Basischance (= 1) veränderte Chance an, sich „nicht gesund“ zu fühlen; der Wert über dem Pfeil gibt an, um wieviel dieses Risiko zwischen den Gruppen „arm“ und „reich“ unterschiedlich ist.*

Es ist interessant zu vermerken, dass dieses Risiko auch noch für die Mittelschichten unter dem Durchschnittsrisiko (= 1) liegt. Eine Beeinträchtigung der Gesundheit ist also tatsächlich

<sup>16</sup> Die Oddsratio gibt die statistische Chance wieder, mit der ein Individuum ein bestimmtes Merkmal (z.B. „sehr gesund sein“) haben wird, wenn es einer bestimmten Gruppe (z.B. den armen Familien) angehört.

vor allem für jenes Fünftel der Kinder gegeben, welche an oder unter der Armutsgrenze leben.

Mit dem Schultyp verändert sich die subjektive Gesundheitseinschätzung ebenfalls leicht, allerdings in nicht eindeutiger Weise. In der 5. Schulstufe schätzen sich Schülerinnen und Schüler einer AHS zu 59% sehr gesund ein und liegen damit etwas besser als ihre gleichaltrigen KollegInnen aus der Hauptschule, die dies zu 52% befinden. In der 9. Schulstufe zeigt sich jedoch ein anderes Bild, indem die SchülerInnen der Polytechnischen Schule ihre subjektive Gesundheit relativ gesehen besser beurteilen (39% fühlen sich sehr gesund) als jene aus AHS und BHS, wo sich nur mehr jede(r) Dritte sehr gesund fühlt.

Während also der sozioökonomische Status eindeutig einen starken Effekt auf den Gesundheitszustand hat, ist der Effekt des symbolischen Kapitals, gemessen als Zugehörigkeit zu einem Schultyp, bei den 11- bis 15-Jährigen zum einen sehr viel schwächer ausgeprägt, zum zweiten nicht eindeutig in seiner Richtung. Es scheint hier eine Rolle zu spielen, dass mit dem Schultyp auch eine veränderte Lebensperspektive gegeben ist. Während die 15-jährigen AHS- und BHS-SchülerInnen am Beginn einer für sie neuen Herausforderung stehen, die sich belastend auswirken könnte, blicken die polytechnischen SchülerInnen dem Ende der Schulzeit und einer offenbar positiv besetzten „Freiheit“ entgegen.

Demgegenüber hat die Qualität des sozialen Kapitals – ausreichend soziale Unterstützung zu bekommen und nicht ausgegrenzt zu werden - ebenfalls wieder einen eindeutigen und hochsignifikanten Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

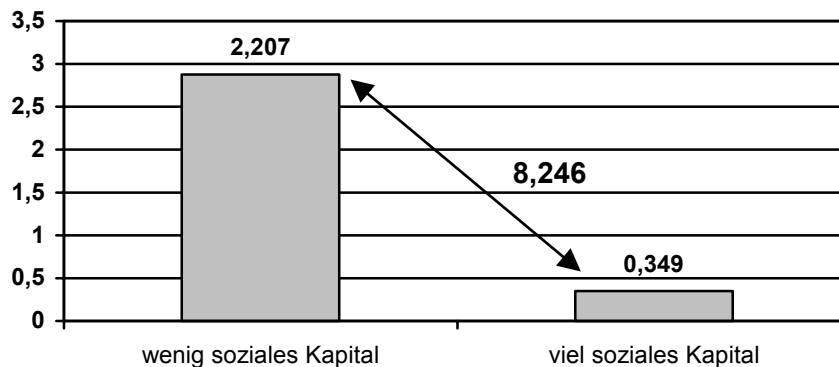
Insbesondere die Unterstützung durch die Eltern, Vater wie Mutter, hat eine starke, hochsignifikante Auswirkung. Wenn die Hilfe des Vaters sicher ist, fühlen sich 56% „sehr gesund“ und 54% „meistens glücklich“, wenn sie nicht erwartet werden kann, sinken diese Werte 31% und 37% (Korrelationskoeffizient  $r = .187$ ,  $p < 1\%$ ). Die entsprechenden Werte für die Unterstützung der Mutter sind 50% „sehr gesund“ und „meistens glücklich“ gegenüber 30% und 33% ( $r = .174$ ,  $p < 1\%$ ). Einen geringeren, aber ebenfalls hochsignifikanten Effekt hat die angebotene Hilfe von LehrerInnen.

Peergruppen-Kontakte wirken sich allerdings ambivalent aus: sie steigern einerseits das Wohlbefinden, verringern überraschenderweise aber die Chance, sich sehr gesund zu fühlen. Der Grund dürfte darin liegen, dass mit Peergruppen-Kontakten Verhaltensweisen korreliert sind, die die Gesundheit beeinträchtigen, namentlich Rauchen und Alkoholkonsum. Wir kommen darauf zurück.

Noch stärker als der Einfluss der sozialen Unterstützung durch die Eltern hängt die subjektive Gesundheit von negativen sozialen Erfahrungen ab. Dieser Zusammenhang drückt sich besonders krass aus, wenn er auf die sozialen Deprivationserfahrungen bezogen wird: das Risiko, nicht gesund zu sein, ist für jene 6% der Jugendlichen, die extreme Ausgrenzung erfahren, gegenüber jenen, die das nie tun, um den Faktor 8,2 erhöht (vgl. Graphik 10). Anders ausgedrückt: die soziale Ungleichheit, die sich im Zugang zu positiven Peer-Kontakten niederschlägt, bewirkt eine achtfach höhere Wahrscheinlichkeit, dass sich die Betroffenen definitiv nicht gesund fühlen. Dies kann an den mangelnden sozialen Fähigkeiten der Betroffenen liegen, soziale Kontakte herzustellen, oder daran, dass sie aus welchen Gründen immer von anderen aktiv ausgegrenzt werden.



**Grafik 10: Das Risiko, sich nicht gesund zu fühlen, in Abhängigkeit vom Ausmaß sozialer Deprivationserfahrungen als Indikator für viel oder wenig soziales Kapital**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998; die Werte über den Balken geben die gegenüber dem Durchschnitt (= 1) veränderte Chance an, sich „nicht gesund“ zu fühlen; der Wert über dem Pfeil gibt an, um wieviel dieses Risiko zwischen den Vergleichsgruppen schwankt.

#### 2.4.2. Soziale Ungleichheit und die Auswirkungen auf das Wohlbefinden

Auch wenn in den Gesundheitswissenschaften in der Folge der breiten Gesundheitsdefinition der WHO von 1948 ein ganzheitliches, somatische, psychische, spirituelle und soziale Störungen umfassendes Verständnis entwickelt wurde, ist aus Studien bekannt, dass die befragte Bevölkerung im Regelfall zwischen Gesundheit und Wohlbefinden sehr wohl unterscheidet, so dass die beiden Dimensionen auch hier getrennt zu behandeln sind.

Die psychische Grundverfassung der Kinder und Jugendlichen, wurde mit der Frage<sup>17</sup>: "In welcher Stimmung bist Du meistens?" erhoben. Ähnlich wie bei der subjektiven Gesundheit sind auch die Ergebnisse zum Wohlbefinden der SchülerInnen zunächst insgesamt positiv: rund 44% aller befragten Schülerinnen und Schüler geben an, dass sie „meistens glücklich“, 48%, dass sie „meistens zufrieden“ sind. Allerdings ergibt sich auch beim Wohlbefinden ein deutliches Altersgefälle: je älter die Schülerinnen und Schüler werden, desto weniger gut geht es ihnen. Empfinden sich noch 50% der 11-jährigen Knaben und 56% der gleichaltrigen Mädchen „meistens glücklich“, so stimmen dem bei den 15-Jährigen nur noch 36% der Knaben und 38% der Mädchen zu.

Anders jedoch als für die subjektive Gesundheit kann für das Wohlbefinden kein positiver Zusammenhang zum sozioökonomischen Status gefunden werden. Das deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien, insbesondere von West (1991), die in Kapitel 1.5.8

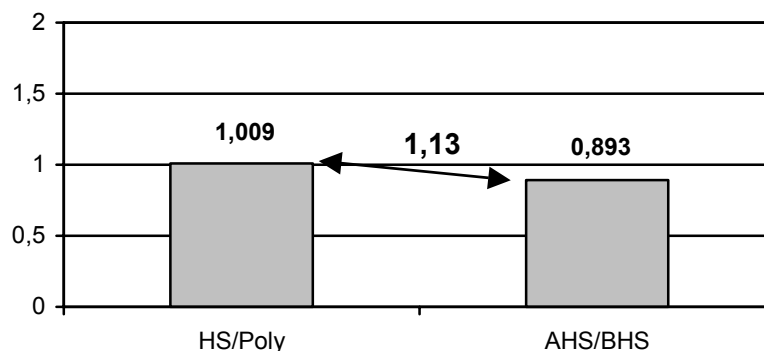
<sup>17</sup> Vgl. Currie, c., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J.(2000): Health and health behaviour in young people: the HBSC 1997/1998 survey. International report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, WHO Policy Series, Health policy for children and adolescents Issue 1

Dür, W., Kernbeiss, G., Mravlag, K., Stidl, T., Schuß, I.(2000): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 5. HBSC-Surveys 1998 und Trends für die 90er Jahre. Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien

besprochen sind. Es bestätigt weiterhin die weiter oben formulierte These, dass die realen Einkommensunterschiede zwischen den Eltern in vielen Fällen nicht eins-zu-eins auf den Lebensstandard der Kinder durchschlagen. Es zeigt sich darin möglicherweise aber auch ein positiver Effekt einer günstigen Familiensituation, die um ein geringeres Familieneinkommen erkauft wird. Denn Familien mit mehreren Kindern und nur einem Verdienere sind, wie gezeigt, am unteren Rand der sozioökonomischen Skala überrepräsentiert. Diese haben aber möglicherweise durch die Anwesenheit eines Elternteiles, zumeist der Mutter, und von Geschwistern eine günstigere Familiendynamik als (Ein-Kind-)Familien mit zwei berufstätigen Eltern und entsprechenden Zeit- und Organisationsproblemen. Tatsächlich findet sich bezüglich des Wohlbefindens sogar die gegensätzliche, zwar nur sehr leicht ausgeprägte, aber statistisch dennoch signifikante Tendenz, dass SchülerInnen aus armen Familien sich etwas häufiger glücklich fühlen als die reichen (Korrelationskoeffizient  $r = .066$ ;  $p < 5\%$ ).

Bezogen auf das symbolische Kapital, sind es entgegen der gängigen Lehrmeinung vor allem die GymnasiastInnen, die ein geringeres Wohlbefinden aufweisen. Schülerinnen und Schüler aus der Hauptschule oder Polytechnischen Schule haben eine um den Faktor 1,13 – also geringfügig - größere Chance, sich „meistens glücklich“ zu fühlen als ihre KollegInnen aus der AHS oder BHS. Das bestätigt das gleichlautende Ergebnis zur subjektiven Gesundheit, wo ebenfalls die polytechnischen SchülerInnen leicht besser abschnitten. Man kann daher wohl schließen, dass das symbolische Kapital – gemessen als Zugehörigkeit zu einem der zwei unterschiedenen Schulbereiche – keinen nennenswerten Einfluss auf das subjektive Gesundheitsempfinden und das Wohlbefinden der SchülerInnen hat.

**Grafik 11: Die Chance sich „meistens glücklich oder zufrieden“ zu fühlen in Abhängigkeit vom symbolischen Kapital**

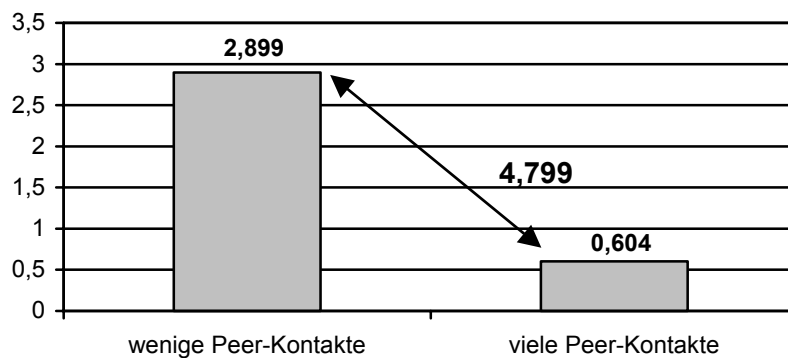


*Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998; die Werte über den Balken geben die gegenüber dem Durchschnitt (= 1) veränderte Chance an; der Wert über dem Pfeil gibt an, um wieviel diese Chance zwischen den Vergleichsgruppen schwankt.*

Ausreichender sozialer Rückhalt, insbesondere von den Eltern, und positive soziale Kontakte zu Peers wirken sich auf das Wohlbefinden positiv aus. SchülerInnen, die ihre FreundInnen häufig treffen, leicht neue Freunde finden und zudem immer jemanden haben, der ihnen bei ernstesten Problemen hilft, fühlen sich allgemein glücklicher gegenüber jenen, die diesbezüglich weniger privilegiert sind. Umgekehrt gilt, dass Jugendliche, für die das nicht gilt, die

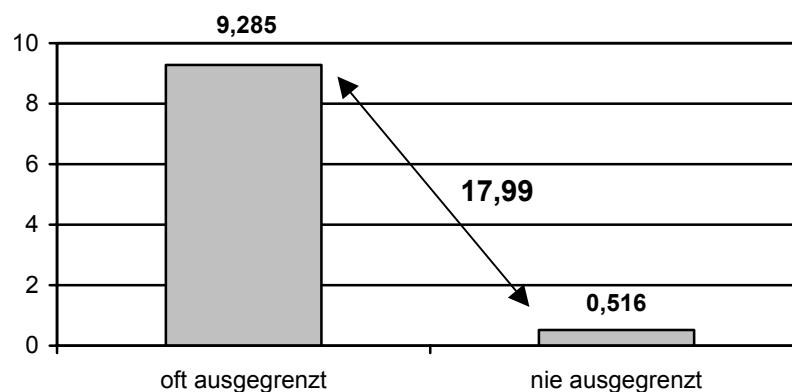
diesbezüglich also einen Mangel an sozialem Kapital aufweisen, ein um das fast fünffache (4,799) erhöhtes Risiko haben, sich „fast immer unglücklich oder unzufrieden zu fühlen“ (vgl. Grafik 12). Noch sehr viel deutlicher zeigt sich dieser Zusammenhang, wenn das soziale Kapital statt in Form positiver Peer-Kontakte im negativen Bereich als soziale Deprivation gemessen wird, also als das Ausmaß sozialer Ausgrenzungserfahrungen. Das Risiko, unglücklich zu sein, ist für die 6% der Jugendlichen, die als extrem ausgegrenzt bezeichnet werden müssen, fast zehnmal (Faktor 9,285) höher als bei jenen, die in keiner Weise von Ausgrenzung bedroht sind (der Zusammenhang ist hochsignifikant, Korrelationskoeffizient  $r = .315$ ).

**Grafik 12: Das Risiko „fast immer unglücklich oder unzufrieden“ zu sein in Abhängigkeit von positiven Peer-Kontakten**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998, die Werte über den Balken geben die gegenüber dem Durchschnitt (= 1) veränderte Chance an; der Wert über dem Pfeil gibt an, um wieviel dieses Risiko zwischen den Vergleichsgruppen schwankt.

**Graphik 13: Das Risiko „fast immer unglücklich“ zu sein, in Abhängigkeit von sozialer Ausgrenzung (negative Peer-Kontakte)**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998, die Werte über den Balken geben die gegenüber dem Durchschnitt (= 1) veränderte Chance an; der Wert über dem Pfeil gibt an, um wieviel dieses Risiko zwischen den Vergleichsgruppen schwankt.

### 2.4.3. Soziale Ungleichheit und die Auswirkungen auf die mentale Gesundheit

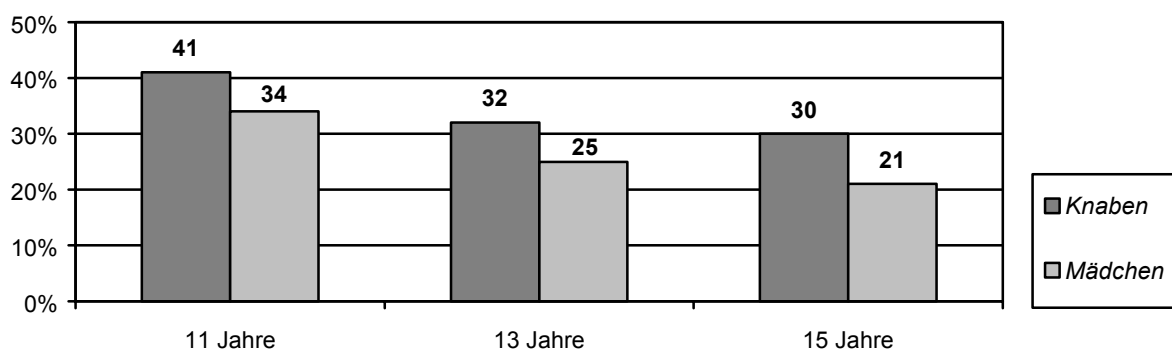
Ergänzend zur subjektiven Gesundheit und zum Wohlbefinden, und um die schon dargestellten Zusammenhänge an einigen konkreten Symptomen zu bestätigen, werden im folgenden die Assoziationen zwischen sozialer Ungleichheit und der mentalen Gesundheit der 11- bis 15-jährigen SchülerInnen dargestellt. Unter dem Begriff der mentalen Gesundheit fassen wir subjektiv wahrgenommene, morbide Episoden zusammen und fragen, wie oft die SchülerInnen in den letzten sechs Monaten darunter gelitten haben. Konkret werden im HBSC-Fragebogen folgende Beschwerden abgefragt: sich allgemein (unspezifisch) schlecht fühlen, Nervosität, Schlaflosigkeit/Schlafstörungen sowie Gereiztheit und schlechte Laune.

Alle diese Beschwerden hängen in sehr ähnlicher Weise mit den Indikatoren für soziale Ungleichheit zusammen. Um diese kurz zu umreißen:

- Der sozioökonomische Status der Familie hat mehr oder weniger gar keinen Effekt auf die Häufigkeit dieser Beschwerden;
- Die Unterstützung durch Vater und Mutter hat einen stark positiven, also diese Beschwerden reduzierenden Effekt;
- Die Unterstützung durch LehrerInnen hat einen leichten, aber immerhin hochsignifikanten Effekt mit gleicher, also ebenfalls reduzierender Wirkung;
- Die Unterstützung durch Freunde oder andere Personen hat keinen Effekt;
- Das Ausmaß an Peer-Kontakten hat einen schwachen, aber hochsignifikanten, ebenfalls reduzierenden Effekt;
- Mit Abstand am stärksten sind diese Beschwerden jedoch mit negativen Peer-Erfahrungen, also mit sozialer Ausgrenzung oder eben mit dem Mangel an jeglichem sozialen Kapital assoziiert.

Wegen der Gleichförmigkeit dieser Ergebnisse für alle Beschwerden scheint es gerechtfertigt, sie zu einem Index zusammenzufassen, durch den diese Zusammenhänge noch klarer sichtbar gemacht werden können. Zunächst die Grundverteilung des Index: mindestens 2 Beschwerden oder mehr haben 8% der Knaben häufig (mindestens einmal wöchentlich), aber 14% der Mädchen. Für beide Geschlechter ist gleichermaßen ein ungünstiger Alterseffekt gegeben: die 15-jährigen Knaben und Mädchen leiden häufiger an diesen Beschwerden, bzw., der Anteil der beschwerdefreien Jugendlichen nimmt mit dem Alter linear ab (vgl. Graphik 14).

**Graphik 14: Knaben und Mädchen, die nie mentale Beschwerden haben, nach dem Alter**



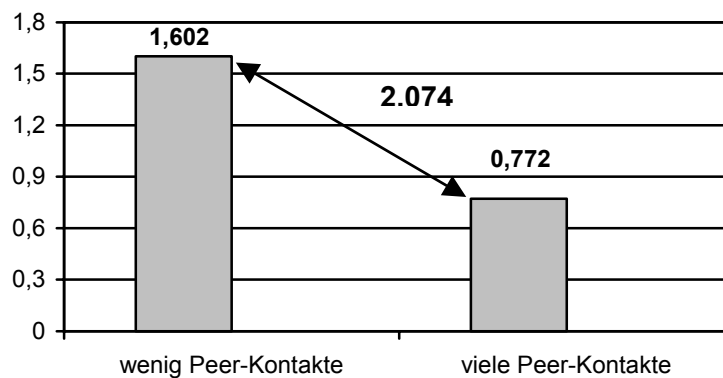
Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Wie hängt nun die Häufigkeit mentaler Beschwerden mit den Indikatoren sozialer Ungleichheit im einzelnen zusammen?

Zunächst lässt sich für die sozioökonomische Ungleichheit kein nennenswerter Zusammenhang finden. Von den mentalen Beschwerden sind subjektiv also die Kinder aller Schichten mehr oder weniger in gleichem Ausmaß betroffen. In Zahlen: es sind 11% der Kinder aus armen und 13% der Kinder aus reichen Familien, die wöchentlich unter 2 und mehr der genannten Beschwerden leiden.

Die Ungleichheit in bezug auf die Häufigkeit und Leichtigkeit von Peer-Kontakten, das soziale Kapital, wirkt sich hingegen sehr wohl aus. Jugendliche ohne Peer-Kontakte leiden doppelt so häufig an mentalen Problemen wie jene mit vielen Peer-Kontakten (vgl. Graphik 15).

**Grafik 15: Das Risiko, mindestens 1x/Woche mentale Beschwerden zu haben in Abhängigkeit vom sozialen Kapital in Form von Peer-Kontakten**

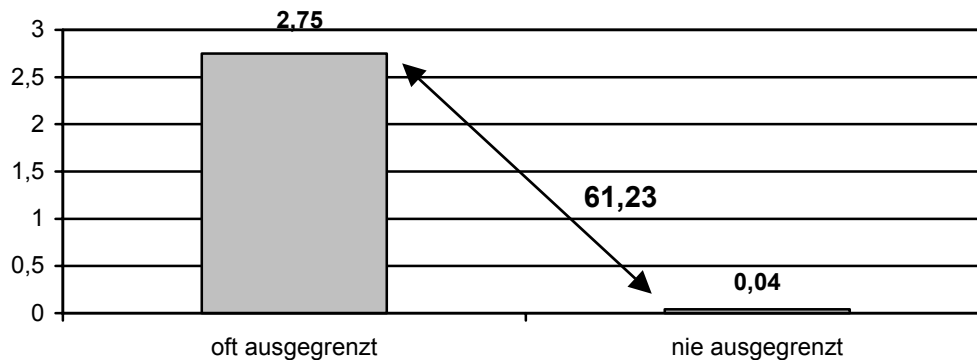


Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998, die Werte über den Balken geben die gegenüber dem Durchschnitt (= 1) veränderte Chance an; der Wert über dem Pfeil gibt an, um wieviel dieses Risiko zwischen den Vergleichsgruppen schwankt.

Auch hier versteht man die Bedeutung der Rolle der Peers erst dann in ihrem vollen Ausmaß, wenn man den negativen Bereich beobachtet, also die Konsequenzen des Fehlens jeglichen sozialen Kapitals wegen Ausgrenzung. Es geht für die davon betroffenen Jugendlichen – zur Erinnerung: es sind 6% aller SchülerInnen in Österreich – nicht um einen Freund mehr oder weniger, nicht um eine weitere Beziehung oder um eventuelle Kränkung, nicht um ein weiteres Treffen mit der „Clique“ oder den Verzicht darauf, sondern um das weitgehende Abgeschnitten-sein von allen diesen Möglichkeiten der Selbsterfahrung und der Ablösung vom Elternhaus.

Die gesundheitlichen Folgen sind katastrophal: gegenüber jenen 20% aller 11- bis 15-jährigen SchülerInnen, die *nie* solche Erfahrungen machen, haben die 6%, die *ständig* solche Erfahrungen machen, ein um den Faktor 61,2 erhöhtes Risiko, regelmäßig mentale Beschwerden der genannten Art zu haben (vgl. Graphik 16).

**Graphik 16: Mentale Beschwerden in Abhängigkeit von sozialer Ausgrenzung (negativen Peer-Kontakten bzw. sozialen Deprivationserfahrungen)**



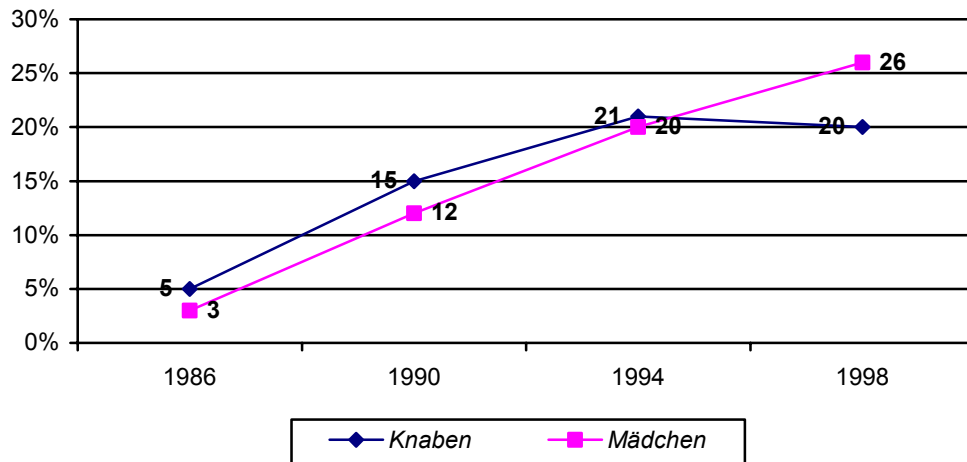
Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998, die Werte über den Balken geben die gegenüber dem Durchschnitt (= 1) veränderte Chance an; der Wert über dem Pfeil gibt an, um wieviel dieses Risiko zwischen den Vergleichsgruppen schwankt.

## 2.5. Soziale Ungleichheit und das Risikoverhalten der Jugendlichen am Beispiel Rauchen

Wenn der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit untersucht wird, interessieren nicht allein die Indikatoren der Gesundheit und des Wohlbefindens, sondern auch die Verhaltensweisen, die dem Stand der Forschung zufolge über kurz oder lang eine negative Auswirkung auf erstere haben werden. Es ist daher auch zu fragen, inwieweit das Gesundheitsverhalten von Faktoren der sozialen Ungleichheit abhängen. Beispielhaft soll das am Zigaretten Rauchen abgehandelt werden, welches bei den Jugendlichen in den vergangenen 10 bis 15 Jahren zu einem gesundheitlichen Hauptproblem avanciert ist.

Der Einstieg in das Zigarettenrauchen beginnt bei den meisten Jugendlichen zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr. Je älter die Jugendlichen werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie regelmäßig rauchen. Von den 13-Jährigen geben noch 78%, bei den 15-Jährigen hingegen nur mehr 56% an nicht zumindest gelegentlich zu rauchen. Der Anteil der Jugendlichen, die täglich rauchen steigt in diesen Altersgruppen bei den Knaben von 5% auf 20% und bei den Mädchen von 3% auf 26%, was einer Steigerung um den Faktor 8 entspricht. Besonders bedenklich ist, dass in der Gruppe der 15-Jährigen heute bereits mehr Mädchen rauchen als Knaben. Jeder 5. Knabe und jedes 4. Mädchen raucht täglich (vgl. Graphik 17).

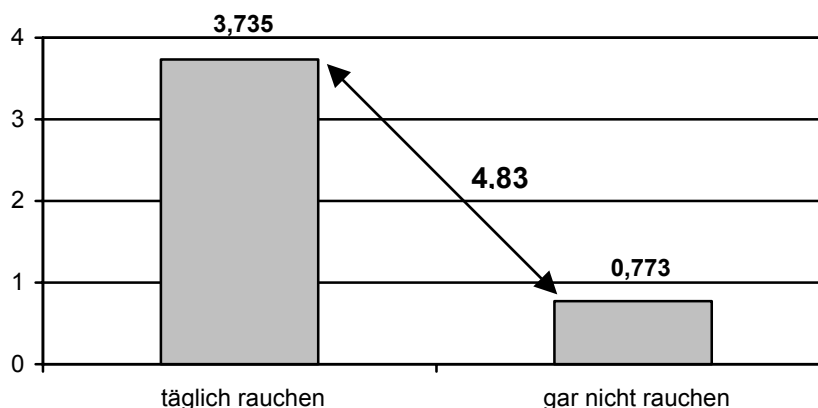
**Graphik 17: Entwicklung des Tabakkonsums bei 15-jährigen Jugendlichen in Österreich seit 1986**  
(Angabe für: „täglich rauchen“)



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Es gehört jedoch zu den unumstrittenen Erkenntnissen der heutigen Gesundheitsforschung, dass regelmäßiger Tabak- und Alkoholkonsum negative Auswirkungen auf Lungen-, Herz- und Kreislauf-Funktionen haben und die allgemeine Leistungsfähigkeit reduzieren. Diese Konsequenzen treffen auch auf die Jugendlichen zu, auch wenn man immer wieder gerade auch Jugendlichen selber hören kann, dass sie keinerlei Beeinträchtigungen spüren würden. Ein Vergleich mit dem Gesundheitsindikator (subjektives Gesundheitsempfinden) zeigt jedoch, dass der Anteil der Jugendlichen, die sich „sehr gesund“ fühlen, bei den Nicht-RaucherInnen doppelt so hoch ist wie bei jenen, die täglich rauchen. Als Oddsratio ausgedrückt, also als das gegebene Risiko, sich nicht sehr gesund zu fühlen: dieses Risiko ist bei 15-jährigen SchülerInnen, die täglich zur Zigarette greifen, um den Faktor 4,83 – also fast fünfmal – höher als für ihre gleichaltrigen Kollegen, die nicht rauchen (vgl. Grafik 18).

**Grafik 18: Das Risiko, sich „nicht sehr gesund“ zu fühlen, in Abhängigkeit vom täglichen Tabakkonsum**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998, die Werte über den Balken geben das gegenüber dem Durchschnitt (= 1) veränderte Risiko an; der Wert über dem Pfeil gibt an, um wieviel dieses Risiko zwischen den Vergleichsgruppen schwankt.

Rauchen hängt mit dem sozioökonomischen Status der Familie so gut wie nicht zusammen. Der Anteil der (hier immer: täglich) rauchenden Jugendlichen ist in allen Einkommenschichten etwa gleich hoch.

Die täglichen RaucherInnen findet man etwas häufiger unter den SchülerInnen der Polytechnischen Schulen – 32% rauchen täglich gegenüber 27% der BHS- und 11% AHS SchülerInnen.<sup>18</sup> Aber dies kein signifikanter und erklärungsstarker Zusammenhang.

Auch der Ungleichheitsindikator, der in den bisherigen Untersuchungen immer den stärksten Effekt hatte, die soziale Deprivation als Ausdruck für das Fehlen jeglichen sozialen Kapitals, macht in bezug auf Rauchen keinen Unterschied. Jugendliche, die nie, und solche, die ständig Ausgrenzungserfahrungen machen, rauchen etwa im selben Ausmaß.

Ein schwacher, aber dennoch hochsignifikanter Zusammenhang besteht mit dem Ausmaß an Peer-Kontakten, also im positiven Bereich des sozialen Kapitals: je mehr Freunde man hat und je häufiger man sie treffen kann, desto häufiger sind die Jugendlichen RaucherInnen. Der Korrelationskoeffizient von  $r = .047$  hat allerdings keine starke Erklärungskraft.

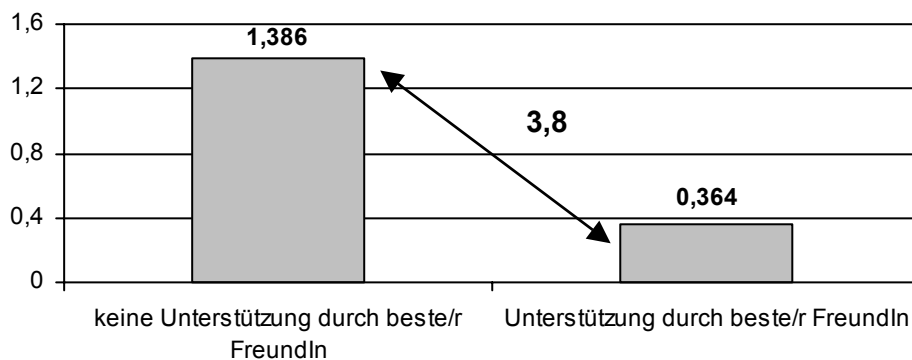
Dennoch spielen die Freunde eine Rolle, und zwar eine das Rauchen fördernde. Es geht dabei allerdings sehr spezifisch um die sogenannten besten FreundInnen, von denen man bei Problemen und in Krisensituationen Hilfe und Unterstützung erhalten kann, beziehungsweise, die man benötigt, um mit ihnen gemeinsam neue Lebensinteressen zu realisieren. Rauchen hängt insofern weniger mit den typisch jugendlichen Subkulturen zusammen, die aus Elternsicht vielleicht sogar als „schlechte Kreise“ gesehen werden, in die man quasi nur über die Zigarette Zugang findet und Einlaß erhält, sondern hat mit einem tiefen psychosozialen Bedürfnis der Jugendlichen nach Hilfe in Krisen – und die ganze Pubertät ist eine einzige Krise -, bzw. nach Unterstützung bei der Meisterung typischer Herausforderungen des Jugendalters zu tun, das von ihren besten FreundInnen befriedigt wird. Die Zigarette ist insofern nicht einfach ein Gesellschafts- und Sozialisationsinstrument, sondern steht in Zusammenhang mit einer sehr intimen Erfahrung in einer sehr schwierigen Situation. Sie ist eher als Schlüssel für die Bearbeitung dieser Problemsituation bzw. Herausforderung zu sehen. Jugendliche, die bei ernststen Problemen „immer“ von ihrem besten Freund bzw. ihrer besten Freundin Unterstützung erhalten und sie mit diesen bearbeiten, haben eine um den Faktor 3,8 höhere Wahrscheinlichkeit zu täglichen RaucherInnen zu werden gegenüber jenen, die mit einer solchen Unterstützung nicht „immer“ rechnen können.

---

<sup>18</sup> Dür, W., Kernbeiss, G., Mravlag, K., Stidl, T., Schuß, I.(2000): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 5. HBSC-Surveys 1998 und Trends für die 90er Jahre. Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien



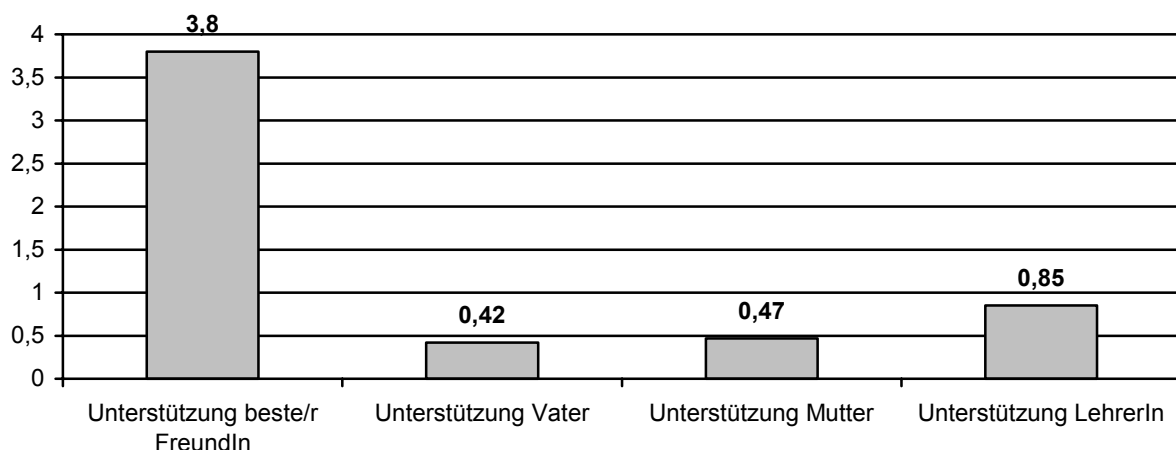
**Graphik 19: Täglich Rauchen bei 15-Jährigen in Abhängigkeit von der Unterstützung durch den besten Freund/die beste Freundin bei Problemen**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998, die Werte über den Balken geben das gegenüber dem Durchschnitt (= 1) veränderte Risiko an; der Wert über dem Pfeil gibt an, um wieviel dieses Risiko zwischen den Vergleichsgruppen schwankt.

Geht man von dem Bild aus, dass Rauchen den jungen, unerfahrenen Menschen dabei hilft, eine für sie neue, schwierige Situation zu meistern, so verwundert es nicht, dass dieser „Schlüssel“ um so weniger wichtig ist, je mehr Unterstützung und Hilfe die Jugendlichen von anderer Seite erhalten und annehmen können. Der Zusammenhang dazu lautet: je mehr die Mutter, der Vater und sogar der oder die LehrerIn als Ansprechpersonen in Krisensituationen verfügbar sind, desto weniger rauchen die Jugendlichen. Das soziale Kapital, ganz im Sinne Bourdieus, das darin besteht, Ressourcen zur Bewältigung von Problemen und Realisierung von Lebensinteressen verfügbar zu haben, hat demnach einen ganz entscheidenden Einfluß auf den Zigarettenkonsum der Jugendlichen.

**Graphik 20: Täglich Rauchen bei 15-Jährigen in Abhängigkeit von der Unterstützung durch die Eltern und LehrerInnen bei Problemen**



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998, die Werte über den Balken geben das gegenüber dem Durchschnitt (= 1) veränderte Risiko an

Hier nun muß eine letzte Facette des Ungleichheitsproblems bei Jugendlichen aufgeführt werden. Alle diese Faktoren des sozialen Kapitals, jene, die die Gesundheit begünstigen, wie jene, welche die Gesundheit riskieren, sind geschlechtsspezifisch verteilt, und zwar in einer Weise, dass die Mädchen von den günstigen Faktoren weniger und von den ungünstigen Faktoren mehr abbekommen. So erfahren die Knaben fast doppelt so viel Unterstützung vom Vater (40% immer gegenüber 22%), aber gleich viel von der Mutter (jeweils 56% immer), und deutlich mehr Unterstützung von LehrerInnen als die Mädchen (30% zu 24%), diese sind dafür signifikant häufiger auf ihre beste Freundin angewiesen (55% zu 31%) und machen häufiger negative soziale Erfahrungen (83% zu 76%).

Wenn eine Funktion der Zigarette darin liegt, den akuten Mangel an sozialem Kapital zu kompensieren, dann können diese Zusammenhänge auch ein gutes Stück weit erklären, warum bei den Mädchen in den vergangenen 15 Jahren eine so starke Zunahme an RaucherInnen zu verzeichnen war, dass sie mittlerweile die Knaben in der Prävalenz überholt haben.

## 2.6. Zusammenfassung

Insgesamt gesehen beeinflusst der **sozioökonomische Status der Familie** durchaus den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen. Als Oddsratio ausgedrückt: das Risiko, „nicht gesund“ zu sein, ist für Kinder aus armen Familien um den Faktor 2,1 größer, also doppelt so groß wie für Kinder reicher Eltern. Bei näherem Hinsehen jedoch können keine weiteren Zusammenhänge gefunden werden: weder das Wohlbefinden noch die Häufigkeit mentaler Beschwerden noch der Tabakkonsum hängen mit dem sozioökonomischen Status der Familien zusammen.

Welche genauen Mechanismen es sind, die den subjektiven Gesundheitszustand dennoch beeinträchtigen, bedarf weiterer Forschung. Vorläufig kann man sich aber der verbreiteten Hypothese anschließen, dass in ärmeren Familien die Aufsummierung vieler kleiner Benachteiligungen zu einer insgesamt schwierigeren, überfordernderen und ungesünderen Lebenssituation führt.

Der Zusammenhang der Gesundheitsindikatoren mit dem **symbolischen Kapital**, gemessen als Zugehörigkeit zu einem der zwei schulischen Grundtypen der Normal — und der Höheren Schulen, ist bei den 11- bis 15-Jährigen zum einen sehr viel schwächer ausgeprägt, zum zweiten nicht eindeutig in seiner Richtung. Es scheint hier eine Rolle zu spielen, dass mit dem Schultyp auch eine veränderte Lebensperspektive gegeben ist, so dass die jungen NormalschülerInnen etwas schlechter, die 15-jährigen NormalschülerInnen jedoch etwas besser abschneiden als ihre Altersgenossen in den Höheren Schulen. Mit 15 haben GymnasiastInnen gegenüber Polytechnischen SchülerInnen eine leicht schlechtere Chance (Faktor 1,13), „meistens glücklich“ zu sein.

Ein klarer Zusammenhang findet sich jedoch beim Rauchen: SchülerInnen der Polytechnischen Schulen rauchen häufiger täglich (32%) als jene der BHS (27%) und AHS (11%).

Sehr viel mehr als durch den sozioökonomischen Status bzw. das symbolische Kapital der Jugendlichen wirkt sich Ungleichheit durch ihr **soziales Kapital** auf ihre Gesundheit aus. Das deckt sich vollkommen mit einer Vielzahl an Forschungsarbeiten, die diese Faktoren nicht unter dem Paradigma der sozialen Ungleichheit betrachtet haben, sondern etwa unter dem Paradigma des sozialen Rückhalts (social cohesion). Es macht aber durchaus Sinn, das Vorhandensein sozialer Unterstützung und sozialer Anbindungen als Ressourcen aufzufassen, die sozial erzeugt und verteilt werden, und sie mit anderen Ressourcen wie den ökonomischen oder symbolischen Kapitalien in Hinblick darauf zu vergleichen, wie sie bei der Erzeugung oder Beeinträchtigung von Gesundheit wirksam beteiligt sind. Ein Stück weit können hier die vorliegenden Analysen eine Antwort geben und zumindest die Richtung weisen, in die weitere Forschung zu gehen hat. Diese vorläufige Antwort kann in sechs Thesen zusammengefasst werden:

(1) Soziale Ressourcen sind für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen viel bedeutender als Unterschiede im ökonomischen Status bzw. in den finanziellen Möglichkeiten der Familie. Armut ist in modernen Wohlfahrtsstaaten ein relativer Begriff, der sich kaum mehr in Unterernährung oder unzumutbaren Wohnquartieren niederschlägt, was sich unmittelbar auf den Gesundheitszustand auswirken würde. Sicher sind auch heute noch gewisse schichtspezifische Unterschiede im Ernährungs- und Gesundheitsverhalten gegeben, aber gravierender als diese sind die Unterschiede in der Verfügbarkeit sozialer Ressourcen, die mit der Schicht nur leicht korrelieren.

(2) Die für die Altersgruppe relevanten sozialen Ressourcen sind eher außerhalb als innerhalb der Familie. Von größter Bedeutung sind soziale Anschlüsse an die jeweiligen Peergruppen, um altersgemäße Lebensinteressen realisieren zu können. Wo solche Anschlüsse nicht oder nur reduziert vorhanden sind, steigt die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen um ein Vielfaches (Faktor 62 in bezug auf mentale Beschwerden). Das Risiko, sich nicht gesund zu fühlen, ist für jene 6% der Jugendlichen, die über keinerlei soziale Peer-Ressourcen verfügen, gegenüber dem Durchschnitt um den Faktor 8,2 erhöht, und sie haben ein um das Neunfache (Faktor 9,285) erhöhtes Risiko, fast immer unglücklich und unzufrieden zu sein.

(3) Peergruppen-Kontakte wirken sich allerdings nicht nur positiv aus: sie steigern zwar das Wohlbefinden, verringern überraschenderweise aber die Chance, sich sehr gesund zu fühlen, wenn sie ein bestimmtes Ausmaß (an FreundInnen und an Kontakthäufigkeiten) erreichen. Das hängt damit zusammen, dass 15-jährige Jugendliche desto häufiger RaucherInnen sind, je häufiger sie sich in ihren Peergruppen treffen. Rauchen hat indessen einen eindeutig negativen Effekt auf die Gesundheit: das Risiko, sich nicht gesund zu fühlen, ist bei 15-jährigen SchülerInnen, die täglich zur Zigarette greifen, um fast das Fünffache (Faktor 4,83) höher als für ihre gleichaltrigen Kollegen, die nicht rauchen. Dass es dabei nicht so sehr um Gesellschaftsrauchen geht, sondern um eine Form der Lebensbewältigung, zeigt sich darin, dass Jugendliche, die bei ernststen Problemen „immer“ von ihrem besten Freund bzw. ihrer besten Freundin Unterstützung suchen und erhalten, eine um den Faktor 3,8 höhere Wahrscheinlichkeit haben, zu RaucherInnen zu werden.

(4) Trotz der Bedeutung der Peergruppen kommt auch den Eltern eine große Wirkungsmöglichkeit zu: Jugendliche, die in Krisensituationen ganz selbstverständlich auf die Unterstützung durch Vater und/oder Mutter zählen dürfen, haben signifikant seltener

mentale Beschwerden und fühlen sich insgesamt gesünder. Vor allem aber: je mehr Mutter und Vater als Ansprechpersonen in Krisensituationen verfügbar sind, desto weniger rauchen die Jugendlichen. Die Eltern, wenn sie sich erfolgreich mit den Problemen ihrer Kinder auseinandersetzen, können also in gewisser Weise den negativen Effekt der besten FreundInnen kompensieren, bzw., verhindern, dass die Peergruppe ihrer Kinder in eine ungünstige Dynamik läuft.

(5) Auch LehrerInnen können, wenn auch in abgeschwächter Form, eine ähnliche Rolle für die Jugendlichen spielen wie die Eltern. Jugendliche, die bei Problemen mit der Unterstützung durch LehrerInnen rechnen dürfen, haben hochsignifikant seltener mentale Beschwerden und rauchen weniger.

(6) Alle Zusammenhänge des sozialen Kapitals mit der Gesundheit und dem Rauchverhalten der Jugendlichen werden noch durch geschlechtsspezifische Effekte zuungunsten der Mädchen verstärkt.

### **3. Politische Ziele und Maßnahmen in der Gesundheitsförderung zur Kompensation von gesundheitlichen Ungleichheitsfolgen**

#### **3.1. Unvermeidbare, akzeptierbare und ungerechte Ungleichheit**

Gleichheit in Gesundheitsfragen wurde von der WHO (1986) in dem Strategiepapier *Gesundheit für alle 2000* als Zielsetzung aufgenommen, allerdings ohne die genauen Definitionen mitzuliefern, was im einzelnen damit präzise gemeint war. Die Eliminierung von Unterschieden im Gesundheitszustand von Bevölkerungsgruppen? Die Eliminierung aller Unterschiede auf der Ebene von Kausalfaktoren, welche die Gesundheit fördern oder beeinträchtigen? Oder die Eliminierung aller Unterschiede in den individuellen Chancen, Gesundheit zu erlangen? Es sollte aus den Ausführungen in Kapitel 1 klar geworden sein, dass Ungleichheit nicht gleich Ungleichheit ist und dass, wenn man nicht moralisch-prinzipialistisch urteilt, nicht jede Ungleichheit reflexartig als politischer Skandal bezeichnet werden muss. Es hat sich daher in den Gesundheitswissenschaften ein Diskurs herausgebildet, der sich mit dem beschäftigt, was man als die politisch relevante Ungleichheit bezeichnen könnte.

Stronks/Gunning-Schepers (Stronks, Gunning-Schepers 1993) unterscheiden zwischen ungerechter, unvermeidbarer und akzeptierbarer Ungleichheit und entsprechenden Gesundheitsunterschieden. Sie meinen, dass sich die Politik lediglich mit den ungerechten Ungleichheiten befassen und für diese Abhilfen schaffen sollte.

Auch Mielck (Mielck 1994) argumentiert in diese Richtung und schlägt vor, den Begriff der gesundheitlichen Ungleichheit überhaupt nur zur Kennzeichnung aller als *ungerecht* empfundenen Unterschiede in der Morbidität und Mortalität zu verwenden, während andere Ungleichheiten nur bedingt oder gar nicht als Problem der Politik zu begreifen seien. Denn wie sollte man etwa bestimmte alters- und geschlechtsspezifische Ungleichheiten im Gesundheitszustand politisch korrigieren? In welche Dynamiken würde man mit solchen Entscheidungen langfristig hineinlaufen? Warum, so fragen Stronks/Gunning-Schepers, sollten alters- oder verhaltensbedingte Unterschiede im Gesundheitszustand politisch beseitigt werden? Wie sollte ein „Recht auf Jugendlichkeit“ auch im Alter politisch gewährleistet werden? Wie ein Recht auf Alter für Raucher?

Will man indessen die Politik auf ungerechte Ungleichheiten kalibrieren, stellt sich natürlich die Frage, wer denn definieren kann und darf, was ungerechte Ungleichheiten sind, und es versteht sich von selbst, dass die Antwort darauf lauten muss: es gibt in der modernen Gesellschaft keine Zentralinstanz, von der aus diese Frage verbindlich geregelt werden könnte. Sie muss also durch die widerstreitenden Instanzen der politischen Entscheidungsfindung. Das ist zu aller erst die öffentliche Kommunikation. Vorstellungen von Ungerechtigkeit oder Akzeptierbarkeit von Ungleichheiten bilden sich zunächst in öffentlichen Kommunikationen heraus, allerdings auf eine eher unsystematische und kaum gesteuerte, zielgerichtete Weise. Das gilt umso mehr, seit offenkundig ist, dass solche Vorstellungen nicht mehr, wie früher, durch kompakte, in politischen Systemen fundierte Ideologien gebündelt und vorgeformt werden können. Spätestens mit dem Zusammenbruch der alten politischen Weltordnung sind auch diesbezüglich die einfachen Orientierungen verloren

gegangen. Was als ungerecht thematisiert wird, was als soziales Problem wahrgenommen und in Kommunikationen eingebracht wird, was wie und warum als politikrelevant dargestellt, wo Handlungsbedarf eingeklagt und akzeptiert wird, ist Produkt einer vielstimmigen Kommunikation, die insbesondere von einer seltsamen semantischen Figur beherrscht wird, nämlich dem Verständnis, dass nur das als ungerecht bezeichnet werden kann, was von Politik durch frühere Entscheidungen bedingt worden ist, während alles das zu akzeptieren ist, was man entweder sich selbst<sup>19</sup> oder der Natur – insgesamt der gesellschaftlichen Umwelt - zuzuschreiben hat. Ungleichheit ist daher, mit Luhmann (1979), die Folge politischer Entscheidungen in der Vergangenheit, und zwar solcher Entscheidungen, mittels derer die Politik versucht hatte, frühere Ungleichheiten zu kompensieren. Alle ungerechten Ungleichheiten sind insofern die Folge von Kompensationen. Ungleichheitspolitik ist daher immer Kompensationsfolgenkompensation (Luhmann) und in gewisser Weise eine Catch 22-Situation, da jede Kompensation wiederum Ungleichheit erzeugt und Kompensationsforderungen bei anderen auslösen wird.

In bezug auf Gesundheit, so weiter bei Stronks/Gunning-Schepers, ist daher zu fragen, ob man Gleichheit in der aktuellen Gesundheit will, was in die Spirale der Kompensationsfolgenkompensation münden würde, in der wir uns allerdings auch im Gesundheitssystem ohnehin schon befinden, oder Gleichheit in den *Möglichkeiten*, Gesundheit zu erlangen. Für Stronks/Gunning-Schepers, die für letzteres eintreten, würde das bedeuten, Lebensumstände zu schaffen, die für alle gleich sind, und Wahlmöglichkeiten einzubauen, die jedem die selbe Chance auf jeweils eine gesunde Alternative einräumen. Gleiche Lebensumstände für alle schließen physische und soziale Umwelten, aber auch das System der Krankheitsversorgung mit ein, Wahlmöglichkeiten würden vor allem durch Beteiligung an Entscheidungen (Empowerment) und Wissen um Risiken bzw. gesundheitsförderliche Lebensweisen hergestellt. Gesundheitspolitik in bezug auf gesundheitliche Ungleichheit ist daher nichts anderes als konsequente Gesundheitsförderungspolitik.

Marmot et al. (Marmot, Bobak et al 1995:175) führen einen weiteren Unterschied in die Ungleichheitsdebatte in den Gesundheitswissenschaften ein, nämlich jenen zwischen den Differenzen *inequality/equality* and *inequity/equity*. *Equity*, so führen sie aus, ist ein Begriff aus der Ökonomie und wird üblicherweise von Ökonomen verwendet, um die gerechte Verteilung von Ressourcen zu bezeichnen. *Equality* bezeichnet dagegen einen Rechtsstatus im Sinne der verfassungsmäßigen Gleichbehandlung. Beide Momente sind für die Definition von Gesundheitsspolitik von Bedeutung und können verschiedene Fragen eröffnen und Maßnahmen einleiten (siehe auch Culyer & Wagstaff 1991). Die Pointe ist nun, dass man zu widersprüchlichen Resultaten gelangt, je nach dem, welche der beiden Unterscheidungen man benutzt.

---

<sup>19</sup>So sind beispielsweise die Bürgerinitiativen im Großraum Schwechat, die sich gegen den (nächtlichen) Fluglärm und die damit gegebenen Gesundheitsrisiken wehren, beständig mit dem Argument konfrontiert, dass sie das ja wissen mussten, als sie wegen günstiger Bodenpreise in die Nähe des Flughafens gezogen seien. Es sei also ihr persönliches Problem, dessentwegen sie jetzt keine politischen Maßnahmen erwarten dürften. Die Bürgerinitiativen halten dem entgegen, dass das Wachstum der Gemeinden nicht als Summe vieler individueller Entscheidungen gesehen werden könne, sondern als politische Entscheidung der Gemeinden bzw. des Landes, welches einen regionalen Flächenwidmungsplan zu verantworten hat, der dieses Wachstum vorsieht. Der politischen Entscheidung für Wachstum müsse nun auch eine Entscheidung für Gesundheitsschutz und Lebensqualität folgen.

Gleichheit im Zugang zu Gesundheitsleistungen als Rechtsnorm ist nur sinnvoll, wenn sie als Chancengleichheit begriffen wird. Das bedeutet, dass Zugangsbedingungen formuliert werden müssen, die den Zugang in bezug auf Bedürfnisse und den jeweiligen Gesundheitszustand relativieren, nicht aber in bezug auf Personenmerkmale wie Alter, Geschlecht oder Einkommen. Durch solche Zugangsbedingungen stellt sich als Effekt notwendigerweise Ungleichheit in der Nutzung von Gesundheitsleistungen und in der Verteilung von Gesundheitsressourcen ein, denn nur Bedürftige oder solche, die sich selbst als bedürftig erleben und darstellen können, erfüllen die Inklusionsbedingungen. Würde man diese Ungleichheit indessen nicht in Kauf nehmen wollen, sondern die quasi rechtliche Gleichheit zur Verteilungsmaxime erheben, so dass die Gesundheitsausgaben des Staates im Extrem für jeden einzelnen Bürger gleich wären, vielleicht sogar in Form eines „Gesundheits-Schecks“, so würde dies, wie Marmot et al. schlüssig zeigen, paradoxerweise die gegebenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand der verschiedenen Bevölkerungsgruppen verstärken.

Umgelegt auf Gesundheitsförderung folgt aus dem, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielgerichteter auf die Bedürfnisse und Probleme jener Gruppen zugeschnitten werden müssen, deren Gesundheitschancen relativ schlechter sind als die des Durchschnitts. Diese Gruppen sind nun aber gerade nicht, wie das zumeist geschieht, über Personenmerkmale zu definieren, etwa über das Geschlecht, sondern über Problemlagen. Wir haben in Kapitel 2 versucht, solche Problemlagen in bezug auf das soziale Kapital – unabhängig vom Geschlecht und vom sozioökonomischen Hintergrund der Familie zu beschreiben.

Zusammengefasst soll Gesundheitspolitik in bezug auf Probleme der Ungleichheit herstellen:

- Gleichverteilung von physischen Gesundheitsrisiken;
- Gleichverteilung von physischen Gesundheitschancen (z.B. Ernährung);
- Gleiche Chance auf ein unterstützendes soziales Umfeld in Familie, Schule, Betrieb, Nachbarschaft, Gemeinde, Region;
- Gleiche Zugangsmöglichkeiten zur Krankheitsversorgung;
- Partizipation an Entscheidungen, die das eigene Leben betreffen, Gestaltungsspielräume für die Realisierung von Lebensinteressen;
- Wissen um riskante und förderliche Lebensweisen.

### **3.2. Ungleichheit als Leitidee der Gesundheitspolitik**

„Bis zum Jahr 2000 sollen die derzeit bestehenden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern sowie zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder um mindestens 25% verringert werden, und zwar durch Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen“, so lautete eines der Ziele im Strategiepapier *Gesundheit für alle in Europa bis zum Jahr 2000* (WHO 1985).

Im dazugehörigen Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ des Regionalbüros für Europa der WHO, welches 1999 rechtzeitig zum Millennium veröffentlicht wurde, ist die „gesundheitliche Chancengleichheit“ als Ziel Nr. 2 von insgesamt 21 formuliert und damit gegenüber dem Vorpapier aufgewertet und mit erhöhter Aufmerksamkeit ausgestattet. Darin heißt es mit Betonung auf sozioökonomischer Ungleichheit: „Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheits-

gefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden“ (WHO 1999).

Trotz dieser emphatischen Zielsetzungen ist der weit verbreitete Eindruck dieser, dass dem Thema Ungleichheit und Gesundheit bislang noch zu wenig politische Aufmerksamkeit zuteil wurde (Mielck, Helmert 1994; Mielck, Satzinger et al 1995; Hanesch 1995; Siegrist 1995). Erst in den vergangenen drei, vier Jahren hat Ungleichheit als gesundheitspolitische Problemstellung in einigen europäischen Ländern sowie in Kanada an Bedeutung gewonnen, ist jedoch kaum aus der begrenzten Expertendiskussion in die öffentliche und mediale Auseinandersetzung ausgebrochen.

Das gilt in noch stärkerem Maße für Ungleichheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen, die, wie bereits in Kapitel 1 dargestellt, sogar teilweise weginterpretiert, wo nicht verleugnet werden, oder schlicht ungesehen bleiben, weil Ungleichheit nicht auf die Dimension des sozialen Kapitals und damit nicht auf die realen psychosozialen Problemlagen ausgedehnt wird.

Als vorbildlich und politisch wegweisend kann der Versuch des britischen Department of Health angesehen werden, welches kürzlich einen *Action Report* zum Thema publiziert hat (Department of Health 1999), der die 39 Empfehlungen aus dem zuvor in Auftrag gegebenen *Acheson Report* (Acheson 1998) aufgreift und in politische Leitlinien übersetzt.

Auch hier wurden im Vorfeld drei unterschiedliche Ansätze zur wissenschaftlichen Definition der sozialen Ungleichheit unterschieden und mit verschiedenen Zielsetzungen in Verbindung gebracht.

Ansätze zur Definition sozialer Ungleichheit	Zielsetzung der Politik in bezug auf die Art der sozialen Ungleichheit
Sozioökonomische Unterschiede	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verringerung oder Kompensation von Einkommensunterschieden in bezug auf gewählte Indikatoren</li> <li>- Zugang zu Bildung und Qualifikationen</li> <li>- Bereitstellung von relevanten Informationen</li> </ul>
Soziales Kapital	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Förderung der sozialen Beziehungen in ausgewählten Bevölkerungsgruppen;</li> <li>- Bildung von Netzwerken in Schulen, Betrieben, Nachbarschaften</li> <li>- Empowerment des einzelnen, von Gruppen oder Regionen in bezug auf Lebensinteressen und Entwicklungsmöglichkeiten</li> </ul>
Systeminklusion/exklusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung des Zugangs zu und Absicherung der Systeminklusion von schlecht bzw. nicht-integrierten Bevölkerungsgruppen in Funktionssysteme;</li> <li>- Empowerment und Partizipation an Entscheidungen</li> </ul>



Eine umfassende Politik wird alle drei durch diese Ansätze in den Blickpunkt tretenden Handlungsbereiche zu berücksichtigen haben. Zur Reduktion der dadurch implizierten Komplexität für die praktische Umsetzung nennt der *Action Report* vier Kriterien:

*a) Wer sind die Zielgruppen der Politik?*

Die politischen Maßnahmen sollten auf allen drei Ebenen der jeweils spezifischen, über Probleme definierten Bevölkerungsgruppen, Regionen und Settings abgestimmt werden, um Synergieeffekte durch gleichzeitige Personal-, Regional- und Settingentwicklung zu erzielen.

*b) Welcher Gesundheitsgewinn kann für bestimmte Zielgruppen realisiert werden?*

Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit können sehr unterschiedliche Ansatzpunkte haben und dementsprechend unterschiedlich hohe Gesundheitsgewinne erzielen. Insgesamt sollten Maßnahmen, Förderungen und Angebote bedarfsorientiert angeboten werden, was heißt, dass jene Bevölkerungsgruppen, Regionen und Settings identifiziert werden sollten, die einen besonders ausgeprägten Bedarf aufweisen. Dieser sollte bedarfsadäquat beantwortet werden, also durch entweder Erhöhung der Ressourcen, Verbesserung des Zugangs, Vermehrung der Inanspruchnahme von Leistungen o.a. befriedigt werden. Um das tun zu können, ist entsprechende Forschung und Gesundheitsbeobachtung erforderlich.

*c) Wie weit kann die Maßnahme tragen? Symptomkosmetik versus Ursachenbehebung?*

In den genannten drei Ansätzen wird gesundheitliche Ungleichheit in zentralen gesellschaftlichen Bereichen produziert. Das Ausmaß der Teilnahme an Wirtschaft und Bildung spielt dabei eine zentrale Rolle. Eine erfolgssprechende Politik wird daher intersektorial angelegt sein müssen. Darüber hinaus wird eine Evaluation vorhandener, auch künftiger Politik auf ihren Beitrag zur Produktion, Unterstützung und Aufrechterhaltung gegebener gesundheitlicher Ungleichheit angeregt. Maßnahmen sollen in Hinblick auf die Verbesserung von Lebenschancen und Vermehrung des sozialen Kapitals besonders benachteiligter und armer Bevölkerungsgruppen entwickelt werden.

*d) Nachhaltigkeit der Maßnahmen*

Maßnahmen und Programme sollen die Forderung nach Nachhaltigkeit erfüllen.

### **3.3. Konsequenzen für eine Politik zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit bei Jugendlichen**

Im folgenden sind politische Maßnahmen aufgelistet, die den verschiedenen zitierten Arbeiten entnommen wurden, mit besonderer Berücksichtigung des Acheson Reports, der diesbezüglich die bislang eindeutigste Stellungnahme der Public Health darstellt, und unter besonderer Berücksichtigung der Situation der Jugendlichen in Österreich hinsichtlich Gesundheit und Ungleichheit, wie sie in Kapitel 2 dargestellt wurde. Die Maßnahmen sind nach den drei Ungleichheitskonzepten geordnet. Diese Sammlung nimmt keine Rücksicht darauf, ob und in welchem Ausmaß einzelne Maßnahmen in Österreich bereits als verwirklicht angesehen werden können, und gibt keine Prioritäten wieder.

## **1) Gesundheitspolitische Maßnahmen in bezug auf die sozioökonomische Situation der Familie bzw. der Kinder und Jugendlichen**

- Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie
  - Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen
  - Angebot von Teilzeit-, Heim- und Gleitzeitarbeitsplätzen
- Maßnahmen gegen eine weitere Öffnung der Einkommensschere zwischen Arm und Reich
  - Grundsicherung
  - Steuerliche Umverteilung
- Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Haushalten, die auf Sozial- und Familienleistungen angewiesen sind
  - Ausbau von Sozialversicherungs- und Sozialhilfeleistungen
  - Förderungen für AlleinerzieherInnen und Mehrkinderhaushalte
  - Förderung kinderreicher Haushalte
- Beschäftigungsinitiativen gegen Jugendarbeitslosigkeit
- Maßnahmen zur Reduktion von Langzeitarbeitslosigkeit
- Gleicher Zugang zu höherer Bildung (AHS)
- Abbau des zweigleisigen bzw. zweiklassigen Bildungssystems (Trennung von Pflichtschulbereich und Höheren Schulen)
- Verbesserung des höheren Bildungsangebotes in ländlichen Regionen

## **2) Gesundheitspolitik in bezug auf das soziale Kapital der Kinder und Jugendlichen**

- Entwicklung einer gezielten Jugendgesundheitspolitik
- Schaffung von nicht (ausschließlich) konsumorientierten Freizeitmöglichkeiten
- Schaffung sozialer Freiräume zur eigenständigen Gestaltung
- Förderung von Peer-Kontakten in Schule und Nachbarschaft, insbesondere für schwer integrierbare, tendenziell ausgeschlossene Kinder und Jugendliche
- Förderung der öffentlichen Diskussion über Elternstile
- Maßnahmen für eine ökologisch gesunde und gesundheitsförderliche Umwelt, vor allem in urbanen Gebieten bzw. belasteten Risikoregionen
- Wissensvermittlung hinsichtlich Gesundheitsrisiken
- Informations-, Fort- und Weiterbildungsangebote
- Förderung von Selbsthilfegruppen (z.B. Elterngruppen etc ...)
- Förderung von Kriseninterventionsangeboten
- Maßnahmen zur Gewaltprävention
- Förderung des öffentlichen Transports und der Mobilität
- Schutzmaßnahmen für Risikogruppen (Sucht, AIDS, Unfall, Suizid,...)
- Maßnahmen zum Support in der Nachbarschaft
- Verbesserung der Wohnsituation
- Alle Maßnahmen zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen müssen für Knaben und Mädchen gleichermaßen, also zunächst mit Förderung der Mädchen angeboten werden

### **3) Gesundheitspolitik in Reaktion auf Exklusionsfolgen**

- Herabsetzung des Wahlrechtsalters; Förderung der Jugendlichen als politisch relevante Population
- Förderung der Partizipations- und Gestaltungsmöglichkeiten in der Schule, der Lehre und anderen Ausbildungseinrichtungen
- Stärkung der ökonomischen Unabhängigkeit der Jugendlichen

## 4. Literatur

- Abel-Smith, B. (1990): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Die Britische Diskussion. In: Zeitschrift für Sozialreform, 3/4, 169-178.
- Acheson, D. (1998): Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report. London.
- Bacher, J. (1997): Einkommensarmutsgefährdung von Kindern in Österreich und deren Auswirkungen auf die Schullaufbahn und das subjektive Wohlbefinden. Eine Sekundäranalyse des österreichischen Kindersurveys. In: SWS-Rundschau, 37, 1/1997, 39-61.
- Barker, D.J. (1990): The fetal and infant origins of adult disease. In: British Medical Journal, 301, 1111
- Ben-Shlomo, Y., Smith, G.D. (1991): Deprivation in infancy or adult life. Which is more important for mortality risk? In: Lancet, 337, 530-543.
- Berkman, L.F., Syme, S.L. (1978): Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up of Alameda county residents. In: Am.J.Epidemiol., 109, 186-204.
- Black, D. (1988): The black report. In: Inequalities in health. London [u. a.], S.
- Blaxter, M. (1992): Health and Lifestyles. Reprinted. London.
- Bourdieu, P. (1986): The Forms of Capital. In: Richardson, J. (Hg.): Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. Westport, CT, S.
- Bunker, J.P., Frazier, H.S., Mosteller, F. (1994): Improving Health: Effects of Medical Care. In: The Milbank Quarterly, 72, 2, 225-258.
- Chassé, K.A. (1998): Kindheit und Armut im Spiegel der Forschung. In: Iben, G. (Hg.): Kindheit und Armut. Analysen und Projekte. Münster, S. 26 - 37.
- Coleman, J.S. (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. In: American Journal of Sociology, 94, 95-120.
- Coleman, J.S. (1991): Soziales Kapital. In: Coleman, J.S. (Hg.): Grundlagen der Sozialtheorie. Handlungen und Handlungssysteme. München, S. 389 - 420.
- Coleman, J.S. (1994): Social capital, human capital, and investment in youth. In: Petersen, A.C., Mortimer, J.T. (Hg.): Youth unemployment and society. Cambridge, S. 34 - 50.
- Currie, C.E., Elton, R.A., Todd, J., Platt, S. (1997): Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. In: Health Education Research, 12, 3, 385-397.
- Davey Smith, G., Blane, D., Bartley, M. (1994): Explanations for socio-economic differentials in mortality. In: European Journal of Public Health, 4, 131-144.
- Davey Smith, G., Blane, D., Bartley, M. (1994): Soziale Klasse und Mortalitätsunterschiede: Diskussion der Erklärungsansätze in Großbritannien. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen, S. 425 - 451.
- Davey Smith, G., Shipley, M.G., Rose, G. (1991): Socioeconomic differentials in cancer among men. In: International Journal of Epidemiology, 20, 339-345.
- Department of Health (Hg.)(1999): Reducing Health Inequalities: An Action Report. London.
- Elford, J., Whincup, P., Shaper, A.G. (1991): Early life experience and adult cardiovascular disease: Longitudinal and case-control studies. In: International Journal of Epidemiology, 20, 833-844.

- Erben, R., Franzkowiak, P., Wenzel, E. (19-5-1999): People empowerment vs. social capital. From health promotion to social marketing. Perth, WA.
- Fox, (1989): Inequalities in European Countries
- Gepkens, A., Gunning-Schepers, L. (1994): Socially deprived groups and migrants. A review of the effectiveness of health education and health promotion. Utrecht.
- Giorgi, L., Steiner, H. (1998): Armutsgefährdung in Österreich. In: Spreitzer, H., Steiner, H. (Hg.): Bericht über die soziale Lage 1997. Analysen und Ressortaktivitäten. Arbeitsmarkt, Arbeitswelt, Einkommen, Gesundheit, soziale Sicherung. Sozialbericht. Tätigkeitsbericht des BMAGS 1997. Wien, S. 119 - 125.
- Hanesch, W. (1995): Armut und Krankheit in Deutschland. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft, 6-26.
- Helweg-Larsen, M. (1997): An Overview of the Causes of the Socio-economic Disparity in Health. Copenhagen.
- Hradil, S. (1994): Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen, S. 375 - 392.
- Iben, G. (1998): Einleitung: Kindheit und Armut. In: Iben, G. (Hg.): Kindheit und Armut. Analysen und Projekte. Münster, S. 8 - 25.
- Illsley, R. (1986): Occupational class, selection and the production of inequalities in health. In: Quarterly Journal of Social Affairs, 2, 151-165.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K. (1997): Long Live Community: Social Capital as Public Health. In: The American Prospect, 35, November-December, 56-59.
- Klocke, A. (1998): Kinderarmut in Europa. In: Klocke, A., Hurrelmann, K. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Opladen/Wiesbaden, S. 136 - 159.
- Klocke, A., Hurrelmann, K. (1995): Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft, 138-151.
- Luhmann, N. (1979): Politik im Wohlfahrtsstaat, Westdeutscher Verlag, Opladen
- Lutz, H., Wagner, M., Wolf, W. (1993): Von Ausgrenzung bedroht. Struktur und Umfang der materiellen Armutsgefährdung im österr. Wohlfahrtsstaat der achtziger Jahre. Wien.
- Marmot, M., Bobak, M., Smith, G.D. (1995): Explanations for Social Inequalities in Health. In: Amick, B.C.I., Levine, S., Tarlov, A.R., Walsh, D.C. (Hg.): Society and Health. New York, Oxford, S. 172 - 210.
- Marmot, M., Shipley, M.G., Rose, G. (1984): Inequalities in death - specific explanations or a general pattern? In: Lancet, 1, 1003-1006.
- Mielck, A. (1994): "Gesundheitliche Ungleichheit" als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen, S. 13 - 31.
- Mielck, A., Helmert, U. (1994): Krankheit und Soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen, S. 93 - 115.

- Mielck, A., Satzinger, W., Helmert, U. (1995): Gesundheitspolitische Reaktionen in der Bundesrepublik Deutschland auf das Problem "Armut und Gesundheit". In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft, 39-53.
- Mosse, M., Tugendreich, G., Cromm, J. (1981): Krankheit und Soziale Lage. Göttingen.
- Müller, R. (1995): Thesen zur Gesellschaftlichkeit von Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft, 27-38.
- Pedone, M.D., Briziarelli, L. Review of socio-economically disadvantaged groups and policies for their health promotion.
- Pientka, L. (1994): Gesundheitliche Ungleichheit und das Lebensstilkonzept. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen, S. 393 - 409.
- Pincus, T., Callahan, L.F. (1995): What explains the association between socioeconomic status and health. Primarily access to medical care or mind-body variables? In: Advances, 11, 4-36.
- Portes, A. (1998): SOCIAL CAPITAL: Its Origins and Applications in Modern Sociology. In: Annual Review of Sociology, 24, 1-24.
- Putnam, R. (1993): The Prosperous Community - Social Capital and Public Life. In: American Prospect, 13, 35-42.
- Siegrist, J. (1995): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft,
- Stronks, K., Gunning-Schepers, L.J. (1993): Should equity in health be target number 1? In: European Journal of Public Health, 3, 104-111.
- Van de Mheen, H.D., Stronks, K., Looman, C., Mackenbach, J.P. (1998b): Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors? In: International Journal of Epidemiology, 27, 431-437.
- Van de Mheen, H.D., Stronks, K., Mackenbach, J.P. (1998a): A lifecourse perspective on socio-economic inequalities in health: the influence of childhood socio-economic conditions and selection processes. In: Sociology of Health and Illness, 20, 5, 754-777.
- Wadsworth, M.E.J. (1997): Health inequalities in the life course perspective. In: Social Science and Medicine, 44, 6, 859-869.
- Walper, S. (1995): Kinder und Jugendliche in Armut. In: Bieback, K.-J., Milz, H. (Hg.): Neue Armut. Frankfurt/New York, S. 181 - 219.
- West, P. (1991): Rethinking the health selection explanation for health inequalities. In: Social Science and Medicine, 32, 373-384.
- Whitehead, M. (1988): The health divide. In: Inequalities in health. London [u.a.], S.
- WHO, Regionalbüro für Europa (Hg.)(1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept Gesundheit für alle für die Europäische Region, Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen
- Wilkinson, R. (1996): Unhealthy societies. The Afflictions of inequality. London and New York.
- Wilkinson, R.G. (1986): Socio-economic differences in mortality: Interpreting the data on their size and trends. In: Wilkinson, R.G. (Hg.): Class and Health. London, S. 1 - 20.

- Willi, J., Heim, E. (1986): Psychosoziale Medizin. Band 1. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Grundlagen. Heidelberg: Springer Verlag.
- Willi, J., Heim, E., Adler, R. (1986): Psychosoziale Medizin. Band 2. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Klinik und Praxis. Heidelberg: Springer Verlag.
- Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (1995): Armut und Gesundheit. Aufgaben für die Gesundheitswissenschaften.