

Social determinants of health

The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and age, including the health system. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels, which are themselves influenced by policy choices. The social determinants of health are mostly responsible for health inequities - the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries.



Responding to increasing concern about these persisting and widening inequities, WHO established the Commission on Social Determinants of Health (CSDH) in 2005 to provide advice on how to reduce them. The Commission's final report was launched in August 2008, and contained three overarching recommendations:

- [1. Improve daily living conditions](#)
- [2. Tackle the inequitable distribution of power, money, and resources](#)
- [3. Measure and understand the problem and assess the impact of action](#)

Michael Marmot (2005) *Status Syndrom – How your social standing directly affects your health*. London: Bloomsbury, 312 Seiten

Holtz TH, Holmes S, Stonington S, Eisenberg L (2006) Health Is Still Social: Contemporary Examples in the Age of the Genome. *PLoS Med* 3(10): e419. doi:10.1371/journal.pmed.0030419

Michael Marmot

aus **Wikipedia, der freien Enzyklopädie**

Wechseln zu: [Navigation](#), [Suche](#)

Michael Gideon Marmot (* [26. Januar 1945](#)) ist ein britischer Professor für [Epidemiologie](#) und [Gesundheitswissenschaften](#) am [University College London](#). Er ist zudem Leiter der UCL International Institute for Society and Health, Vorsitzender der von der [WHO](#) 2005 eingerichteten Commission on Social Determinants of Health, der Department of Health Scientific Reference Group, sowie des WCRF/AICR Food, Nutrition and the Prevention of Cancer report.

Inhaltsverzeichnis

[\[Verbergen\]](#)

- [1 Leben](#)
- [2 Arbeit](#)
- [3 Ehrungen und Auszeichnungen](#)
- [4 Ausgewählte Veröffentlichungen](#)
- [5 Weblinks](#)

Leben [\[Bearbeiten\]](#)

Marmot hat einen [MB BS](#) der [University of Sydney](#) sowie einen [MPH](#) und einen [PhD](#) der [University of California, Berkeley](#).

Marmot leitete eine Forschungsgruppe zu der [sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen](#) über die letzten 30 Jahre. Er ist der Projektleiter der [Whitehall Study](#), in der er die Gründe für den negativen Zusammenhang zwischen [sozialem Status](#) und [Morbidity/Mortality](#) analysiert. Er leitet zudem die [English Longitudinal Study of Ageing](#) (ELSA) und mehrere internationale Forschungsinitiativen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit. Marmot war sechs Jahre Mitglied der Royal Commission on Environmental Pollution und ist Vizepräsident der [Academia Europaea](#).

Arbeit [\[Bearbeiten\]](#)

Marmots langjähriges Forschungsinteresse ist die Kausalität zwischen sozialer Umwelt und Gesundheit. Er studierte biologische und psychosoziale Einflüsse auf insbesondere [Herz-Kreislauferkrankungen](#). So zeigte er eine Veränderung der Krankheitsraten anhand [japanischer Immigranten](#) in den [USA](#) und anderen Immigranten in [Vereinigten Königreich](#) auf. Augenmerk richtete er auf die Erklärung der hohen Raten von Herz-Kreislauferkrankungen unter [indischen](#) Immigranten, die sich auf das [Metabolische Syndrom](#) zurückführen ließen. Ähnliche biologische Mechanismen spielten bei der Erklärung für den Sozialen Gradienten bei selbigen Erkrankungen im [Vereinigten Königreich](#). In der Studie zu Angestellten im [Öffentlichen Dienst](#) zeigte sich, dass das Krankheitsrisiko negativ mit dem sozialen Status korreliert. Verantwortlich sei das Ausmaß der Kontrolle über die eigene Arbeit, die mit psychosozialen Stress verbunden ist. Diese Zusammenhänge könnten auch den Anstieg von Herz-Kreislaufkrankheiten und Rückgang der Lebenserwartung in [Russland](#) und den Staaten des ehemaligen [Ostblocks](#) nach dem [Zusammenbruch der Sowjetunion](#) erklären. Marmot verarbeitete diese Erkenntnisse in dem 2004 veröffentlichten Buch *Status Syndrome*.

Ehrungen und Auszeichnungen [\[Bearbeiten\]](#)

- Ehrenmitglied der [British Academy](#)
- William B. Graham Prize for Health Services Research (2008)
- [Harveian Oration](#) (2006)
- [Balzan-Preis](#) (2004)
- [Ritterschlag](#) (2000)

Ausgewählte Veröffentlichungen [\[Bearbeiten\]](#)

- Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Geneva: Commission on Social Determinants of Health, 2007.
- Social determinants of health inequalities. Lancet (2005), Vol. 365, S. 1099-1104.
- Status Syndrome - how your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury & Henry Holt New York, 2004.
- Health inequalities among British civil servants; the Whitehall II study (mit Davey Smith G, Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A.). Lancet, 1991, Vol. 337, S. 1387-1393.
- Inequalities in death - specific explanations of a general pattern? (mit Shipley M., Rose, G.) Lancet, 1984, S. 1003-6
- The changing social class distribution of heart disease (mit Adelstein, A., Robinson, N., Rose, G.). BMJ, 1978, Vol. 2, S. 1109-1112

Weblinks [\[Bearbeiten\]](#)

- [persönliche Website](#)
- [Marmot bei der WHO](#)
- [Interview mit Marmot, University of California TV, 2008](#)

Personendaten

NAME **Marmot, Michael**

KURZBESCHREIBUNG amerikanischer Epidemiologe

GEBURTSDATUM 26. Januar 1945

Von „http://de.wikipedia.org/wiki/Michael_Marmot“

Kategorien: [Epidemiologe](#) | [Gesundheitswissenschaftler](#) | [Brite](#) | [Mann](#) | [Geboren 1945](#)

Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008



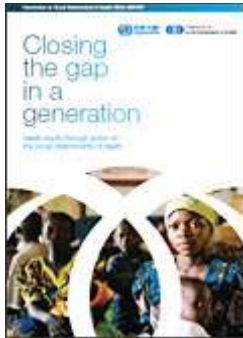
The Commission on Social Determinants of Health (CSDH) was established to support countries and global health partners to address the social factors leading to ill health and inequities. It drew the attention of society to the social determinants of health that are known to be among the worst causes of poor health and inequalities between and within countries.

:: [More about the Commission](#)

Overarching recommendations of the Commission:

- [1. Improve daily living conditions](#)
- [2. Tackle the inequitable distribution of power, money, and resources](#)
- [3. Measure and understand the problem and assess the impact of action](#)

Final report of the Commission



Inequities are killing people on a "grand scale" reports WHO's Commission "This ends the debate decisively. Health care is an important determinant of health. Lifestyles are important determinants of health. But... it is factors in the social environment that determine access to health services and influence lifestyle choices in the first place." Director-General Dr Margaret Chan, at the launch of the final report of the CSDH.

:: [The Report, Executive Summaries, backgrounders, stories and multimedia](#)

Areas of work of the Commission

In order to achieve its goals, the Commission on Social Determinants of Health focused on the following:

[Country action](#)

The Commission supported countries to develop policies that address the social causes of poor health and inequities.

[Civil society](#)

Civil society organizations from all regions provided vital inputs to the Commission's work.

[Knowledge networks](#)

The networks collated knowledge and evidence to support policy design and action.

Documents

:: [Background documents on the Commission](#)

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/

What are health inequities or inequalities?

Health inequities are *avoidable* inequalities in health between groups of people within countries and between countries. These inequities arise from inequalities within and between societies. Social and economic conditions and their effects on people's lives determine their

risk of illness and the actions taken to prevent them becoming ill or treat illness when it occurs.

Examples of health inequities between countries:

- the infant mortality rate (the risk of a baby dying between birth and one year of age) is 2 per 1000 live births in Iceland and over 120 per 1000 live births in Mozambique;
- the lifetime risk of maternal death during or shortly after pregnancy is only 1 in 17 400 in Sweden but it is 1 in 8 in Afghanistan.

Examples of health inequities within countries:

- in Bolivia, babies born to women with no education have infant mortality greater than 100 per 1000 live births, while the infant mortality rate of babies born to mothers with at least secondary education is under 40 per 1000;
- life expectancy at birth among indigenous Australians is substantially lower (59.4 for males and 64.8 for females) than that of non-indigenous Australians (76.6 and 82.0, respectively);
- life expectancy at birth for men in the Calton neighbourhood of Glasgow is 54 years, 28 years less than that of men in Lenzie, a few kilometres away;
- the prevalence of long-term disabilities among European men aged 80+ years is 58.8% among the lower educated versus 40.2% among the higher educated.

What is meant by social gradient?

The poorest of the poor, around the world, have the worst health. Within countries, the evidence shows that in general the lower an individual's socioeconomic position the worse their health. There is a social gradient in health that runs from top to bottom of the socioeconomic spectrum. This is a global phenomenon, seen in low, middle and high income countries. The social gradient in health means that health inequities affect everyone.

For example, if you look at under-5 mortality rates by levels of household wealth you see that within countries the relation between socioeconomic level and health is graded. The poorest have the highest under-5 mortality rates, and people in the second highest quintile of household wealth have higher mortality in their offspring than those in the highest quintile. This is the social gradient in health.

What are the social 'determinants' of health?

The social determinants of health are the circumstances in which people are born, grow up, live, work and age, and the systems put in place to deal with illness. These circumstances are in turn shaped by a wider set of forces: economics, social policies, and politics.

What are the drivers of health inequities?

The global context affects how societies prosper through its impact on international relations and domestic norms and policies. These in turn shape the way society, both at national and local level, organizes its affairs, giving rise to forms of social position and hierarchy, whereby populations are organized according to income, education, occupation, gender, race/ethnicity and other factors. Where people are in the social hierarchy affects the conditions in which

they grow, learn, live, work and age, their vulnerability to ill health and the consequences of ill health.

- The benefits of the economic growth that has taken place over the last 25 years are unequally distributed. In 1980 the richest countries, containing 10% of the world's population, had gross national income 60 times that of the poorest countries, containing 10% of the world's population. By 2005 this ratio had increased to 122.
- International flows of aid – grossly inadequate in themselves, and well below the levels promised – are dwarfed by the scale of many poor countries' debt repayment obligations. The result is that, in many cases, there is a net financial outflow from poorer to richer countries – an alarming state of affairs.
- The trend over the last 15 years has been for the poorest quintile of the population in many countries to have a declining share in national consumption. In Kenya, for example, at current economic growth rates and with the present levels of income inequality, the median family in poverty would not cross the poverty line until 2030. Doubling the share of income growth enjoyed by Kenya's poor would mean that reduction in poverty would happen by 2013.
- Gender biases in power, resources, entitlements, norms and values, and the way in which organizations are structured and programmes are run damage the health of millions of girls and women. The position of women in society is also associated with child health and survival – of boys and girls.
- Health equity depends vitally on the empowerment of individuals to challenge and change the unfair and steeply graded distribution of social resources to which everyone has equal claims and rights. Inequity in power interacts across four main dimensions – political, economic, social, and cultural – together constituting a continuum along which groups are, to varying degrees, excluded or included.

What is primary health care?

As stated at Alma Ata Conference: "Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination." The WHO World Health Report of 2008 will further elaborate on this definition.

What is health equity in all policies?

Every aspect of government and the economy has the potential to affect health and health equity – finance, education, housing, employment, transport, and health, to name just six. While health may not be the main aim of policies in these sectors, they have strong bearing on health and health equity.

Policy coherence is crucial – different government departments' policies must complement rather than contradict each other in relation to health equity. For example, trade policy that actively encourages the production, trade, and consumption of foods high in fats and sugars to the detriment of fruit and vegetable production is contradictory to health policy

Obesity is becoming a real public health challenge in transitioning countries, as it already is in high-income nations. Obesity prevention requires approaches that ensure a sustainable, adequate, and nutritious food supply; a habitat that lends itself to easy uptake of healthier

food; participation in physical activity; and a family, educational, and work environment that positively reinforces healthy living. Very little of this action sits within the capabilities or responsibilities of the health sector. Positive advances have been made – for example, bans on advertisements for foods high in fats, sugars, and salt during television programmes aimed at children. However, a significant challenge remains: to engage with the multiple sectors outside health in areas such as trade, agriculture, employment, and education, if we are to redress the global obesity epidemic.

[Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit – zur ...](#)

Dateiformat: PDF/Adobe Acrobat - [Schnellansicht](#)

Katastrophen und Seuchen, sondern von einer kollektiven Erfahrung, die weniger ...

Die entscheidende Frage lautet somit: Wie lässt sich dieser *soziale Gradient* der ... Ein zweiter Bereich sozialer Ungleichheit betrifft das *Unfall-* und ...

www.studgen.uni-mainz.de/manuskripte/siegrist.pdf - [Ähnlich](#)

Politisches Engagement, Protest und die Bedeutung sozialer Ungerechtigkeit

Holger Lengfeld / Stefan Liebig / Alfredo Märker

Politik und Zeitgeschichte (B 7-8/2000)

Inhalt

[Vorwort](#)

▪

[I. Einleitung](#)

▪

▪

[III. Ungerechtigkeitsempfindungen und](#)

▪ politisches Verhalten

IV. Ergebnis- und ordnungsbezogene

▪ Gerechtigkeitsbewertungen

V. Schlussbemerkung

II. Soziale Gerechtigkeit in der politischen Philosophie



Aus der aktuellen Debatte in der politischen Philosophie können wir zunächst erfahren, unter welchen Bedingungen soziale Gerechtigkeit überhaupt bedeutsam wird. Sie ist nämlich immer mit *Situationen sozialer Ungleichheit* verbunden, also mit einem Zustand, in dem die verfügbaren Güter und Lebenschancen zwischen den Menschen ungleich verteilt sind. Aber nicht in jeder Ungleichheitssituation ertönt der Ruf nach Gerechtigkeit. So führt eine Naturkatastrophe, die nur bestimmte Menschen trifft und andere verschont, zwar zu Ungleichheiten, doch halten wir dies eher für ein Unglück und nicht für eine Ungerechtigkeit [1]. Nur wenn Ungleichheiten aus vollzogenen oder unterlassenen Entscheidungen resultieren, beginnen wir offenbar auch über Gerechtigkeit nachzudenken. In diesem Sinne scheint die Möglichkeit der *Zuschreibung von personeller Verantwortung* entscheidend zu sein, um überhaupt von Gerechtigkeit oder Ungerechtigkeit sprechen zu können.

Spätestens seit dem schottischen Moralphilosophen David Hume ist zudem bekannt, dass Gerechtigkeit immer dann zu einem relevanten Thema wird, wenn in einer Gesellschaft zwei Voraussetzungen gegeben sind: *ingeschränkter Altruismus* und *gemäßigte Knappheit* [2]. Nach Hume ergeben Gerechtigkeitsfragen zum einen nur dann einen Sinn, wenn Personen weder gänzlich selbstlos noch ausschließlich egoistisch handeln. Zum anderen darf die Lage der Menschen weder extremen Mangel aufweisen, noch darf alles im Überfluss vorhanden sein. Die Bedeutung dieser Knappheitsbedingung ist offensichtlich: Gäbe es nur so wenig Ressourcen zu verteilen, dass sowieso niemand genug erhalten könnte, wäre es müßig, nach Gerechtigkeit zu fragen. Aber auch im Schlaraffenland wäre der Gedanke an eine gerechte Verteilung unsinnig.

Weil die Menschen miteinander kooperieren, um dadurch der Knappheit ihrer Ressourcen zu entgehen, entsteht ein Verteilungskonflikt um das Produkt ihres gemeinsamen Schaffens. Da die Menschen aber häufig nicht bereit sind, sich dem ungezügelten Spiel der Marktkräfte auszuliefern oder Entscheidungen über Haben und Nicht-Haben durch [Gewalt](#) auszutragen, suchen sie nach einer *gerechten* Regelung. In modernen Gesellschaften ist es jedoch nicht möglich, dass jedes Verteilungsproblem von allen Betroffenen besprochen und gemeinsam entschieden wird. Die Lösung von Verteilungsproblemen geschieht vielmehr im Rahmen sozialer Institutionen, die den Einzelnen von der Notwendigkeit ständiger Einzelentscheidungen entlasten. Doch nach welchen Regeln sollten diese Entscheidungen getroffen werden?

1. Der Inhalt sozialer Gerechtigkeit

In der gegenwärtigen Gerechtigkeitsphilosophie finden sich sehr unterschiedliche Vorschläge darüber, wie Güter gerechterweise verteilt werden sollen. Zwar gelten [Chancengleichheit](#) oder die Gleichbehandlung von Personen einhellig als notwendige Verfahrensprinzipien, um überhaupt gerechte Zustände erreichen zu können. Hinsichtlich der konkreten Verteilungsprinzipien besteht jedoch große Uneinigkeit. Drei Vorschläge dominieren die Debatte: Bedürftigkeit, das Gleichheitsideal und der Wunsch nach Berücksichtigung von Leistung. So vertritt Avishai Margalit ein Konzept der Minimalgerechtigkeit, das an Bedarfskriterien und der Vermeidung institutioneller Demütigung orientiert ist. Die Gerechtigkeitstheorie Ronald Dworkins dagegen berücksichtigt eher den individuellen Verdienst von Personen [3]. Der bekannteste politische Philosoph der Neuzeit, John Rawls, integriert gleich mehrere Prinzipien; er betont damit die Notwendigkeit, sowohl die individuelle Leistung als auch den [Bedarf](#) und die [Gleichheit](#) bei der Verteilung der "Früchte gesellschaftlicher [Kooperation](#)" zu beachten [4]. In Reaktion auf den Rawls'schen Vorschlag ist in den letzten Jahren eine Gerechtigkeitsposition entstanden, die als "[Kommunitarismus](#)" bezeichnet wird. Deren Vertreter eint im wesentlichen die Kritik an der bisherigen Gerechtigkeitstheorie. Demnach würden Philosophen wie Rawls die Rolle der gemeinschaftlich geteilten Wertvorstellungen, wie sie etwa durch eine gemeinsame Geschichte oder eine gemeinsame Kultur vermittelt werden, nicht ausreichend berücksichtigen. Aus kommunitaristischer Sicht muss deshalb jede Gerechtigkeitstheorie auf den in einer [Gemeinschaft](#) vorhandenen Wertevorrat zurückgreifen. Dies bedeutet,

dass Regeln der Gerechtigkeit jeweils nur auf der Grundlage eines für jede Gemeinschaft oder Gesellschaft *spezifischen* Wertevorrats bestimmt werden können. Eine für alle Gesellschaften formulierte einheitliche Gerechtigkeitstheorie ist deshalb abzulehnen [5] .

2. Die Bedeutung sozialer Gerechtigkeit in modernen Demokratien

Trotz einer offensichtlich nur geringen Einigung darüber, mit welchen Regeln oder Prinzipien wir soziale Gerechtigkeit herstellen können, unterstreichen nahezu alle Gerechtigkeitsphilosophen deren herausgehobene Bedeutung für die Gestaltung sozialer Institutionen in modernen Demokratien. Soziale Institutionen gelten dabei als der systematische Ort von Verteilungsentscheidungen. So wird etwa durch die Wirtschaftsordnung oder das Rechtssystem der Rahmen für jede einzelne Verteilungsentscheidung festgelegt. Rawls betont deshalb, dass die sogenannte "Grundstruktur" einer Gesellschaft einem Primat der Gerechtigkeit unterliege [6]. Er behauptet, dass die Gerechtigkeit sozialer Institutionen mit der "Wahrheit von Gedankensystemen" gleichzusetzen ist. In diesem Sinne ist sie auch das letztendliche Legitimationskriterium für gesellschaftliche Verteilungen. Denn nur wenn eine Verteilung gerecht ist, kann mit der Zustimmung aller Gesellschaftsmitglieder gerechnet werden. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass ein Zustand sozialer Gerechtigkeit nichts anderes bedeutet, als dass die Interessen aller Beteiligten gleichermaßen berücksichtigt sind. Soziale Gerechtigkeit ist deshalb auch gleichbedeutend mit Unparteilichkeit: In einer Verteilungssituation sollen die Interessen aller Beteiligten das gleiche Gewicht haben. Ist eine Verteilung unter diesen Bedingungen zustande gekommen, so ist es für alle vernünftig, die Entscheidung zu akzeptieren. Eine *gerechte*, nach dem Prinzip der Unparteilichkeit oder Fairness zustande gekommene Verteilung wird also einer ungerechten vorgezogen werden, bei der nur die Interessen einzelner Personen durchgesetzt wurden. *Ungerechte* Verteilungen können aber niemals von allen gebilligt werden, denn sie bedeuten, dass manche Interessen stärker berücksichtigt wurden als andere. Einer solchen Verteilung können vernünftigerweise jene nicht zustimmen, deren Ansprüche unberücksichtigt geblieben sind. Ihr Interesse müsste vielmehr darin liegen, die bestehende Verteilung zu ändern.

Wenn die politische Philosophie die Voraussetzungen, den Inhalt und die Relevanz sozialer Gerechtigkeit in modernen

Demokratien beschreibt, so tut sie dies von einem *normativen* Standpunkt aus; d. h. sie möchte uns einen kritischen Maßstab an die Hand geben, an dem wir unser eigenes Handeln ausrichten und durch den wir die Welt, wie sie nun einmal ist, verändern können. Damit die philosophischen Gerechtigkeitstheorien diese Funktion auch erfüllen können, müssen sie notwendigerweise von den tatsächlichen Verhaltensweisen der Menschen und den realen gesellschaftlichen Vorgängen zum Teil absehen. Freilich unternimmt jede Gerechtigkeitstheorie dabei eine Gratwanderung. Denn je mehr sie sich aufgrund ihres kritischen Anspruchs von den tatsächlichen Verhältnissen entfernt, umso eher gerät sie in Gefahr, unzulässige Idealisierungen vorzunehmen. Dies gilt insbesondere für die Annahme, vernünftig handelnde Personen würden gerechte Entscheidungen akzeptieren und ungerechte Verteilungen verändern wollen. Auch wenn wir von einem normativen Standpunkt aus fordern müssen, dass sich die Menschen so verhalten *sollten*, bedeutet dies noch lange nicht, dass sie dies auch unter "realen Bedingungen" *tun*. Um dies einschätzen zu können, müssen wir die normative Gerechtigkeitstheorie verlassen und uns auf das Feld der empirischen Wissenschaften begeben. Es ist dann zu klären, ob die wahrgenommene Gerechtigkeit in einer Gesellschaft tatsächlich zu einem Verhalten führt, das auf die Unterstützung der politischen Institutionen abzielt, etwa indem sich die Bürger stärker politisch engagieren. Im umgekehrten Fall wäre der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Ungerechtigkeit und einem Verhalten zu überprüfen, das auf die Revision ungerechter Entscheidungen abzielt und sich dementsprechend in politischem Protest äußern könnte.

top ▲

[Der Körper antwortet mit Krankheiten auf soziale Not | wissen ...](#)

Der *soziale Gradient* ist offenbar mit biochemischen Vorgängen verknüpft. ... Obwohl in Harlem viele Menschen durch Morde und *Unfälle* ums Leben kommen, ...
Naturkatastrophen Die Mythen um Islands Vulkane · Adolf Hitlers "Mein Kampf"
Das ...

www.zeit.de/1997/43/armut.txt.19971017.xml

Der Körper antwortet mit Krankheiten auf soziale Not

Arme sterben früher

Mit einem Blick auf das Gebiß können Zahnärzte inzwischen die soziale Herkunft eines Kindes erschließen: Neunjährigen aus armen Familien faulen oder fehlen im Durchschnitt schon fünf Zähne. Die Verteilung von löchrigen Zähnen und schwindendem Zahnfleisch richtet sich nach dem sozialen Status. So sammeln sich in einem Fünftel der deutschen Minder rund achtzig Prozent der Karies- und Parodontose-Erkrankungen. Jedem zehnten Menschen aus der deutschen Unterschicht fehlen im Alter von 54 Jahren sämtliche Zähne; in der Oberschicht dagegen ist nur einer unter hundert zahnlos.

"Gesunde Kinder sind das köstlichste Gut eines Volkes", heißt es in Bayerns Staatsverfassung von 1946. Fünfzig Jahre später zeigt sich: Gesundheit ist ungleich verteilt - im gesamten Bundesgebiet, in allen Altersgruppen und bei fast sämtlichen Leiden. Ebenso bei Schwangerschaften: Der Anteil der Totgeburten liegt bei Müttern mit Sonderschulabschluß dreimal höher als bei Frauen mit Abitur. In Landarbeiterfamilien sterben die Babys - relativ gesehen - doppelt so häufig im ersten Lebensjahr wie in Familien von Beamten oder Angestellten.

Die Chance, gesund zu sein, sinkt mit dem Einkommen. "Einfache Arbeiter haben im Vergleich zu Managern ein dreimal so hohes Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden", sagt Johannes Siegrist, Medizinsoziologe an der Universität Düsseldorf. Und die große, etwa 10 000 Menschen einbeziehende Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie ergab, daß im unteren Fünftel der Bevölkerung Herz- und Kreislauferkrankungen doppelt so häufig vorkommen wie im oberen Fünftel. Die Wissenschaft spricht vom "sozialen Gradienten", der unsere Gesellschaft in eine gesunde Oberschicht und morbide Mittel- bis Unterschicht spaltet. Ihn beobachten Epidemiologen auch bei Asthma, Diabetes, Fettsucht, Depressionen und Bandscheibenschäden.

Dennoch spiele "das Thema Armut und Gesundheit in der politischen Diskussion noch immer eine untergeordnete Rolle", klagt Andreas Mielck vom Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit in Oberschleißheim. Dabei öffnet sich die soziale Schere jetzt noch weiter: Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden haben 1995 fast eine Million Kinder von Sozialhilfe gelebt; Ärzte sehen verheerende Folgen für die Gesundheit dieser Kinder. Auch Arbeitslosigkeit bewirkt Leiden. Wenn Menschen ihren Job verlieren oder erst gar nicht den Einstieg in die Berufswelt schaffen, dann entwickeln bis zu sechzig Prozent von ihnen eine körperliche oder seelische Krankheit.

Wohin es führen kann, wenn in einem Industrieland ganze Bevölkerungsschichten in Arbeitslosigkeit und Armut rutschen, lehrt das Beispiel England. Erstmals seit der Viktorianischen Ära stagniert dort die Lebenserwartung in der Unterschicht - im Gegensatz zur Oberschicht. Das hat der im September veröffentlichte Bericht "Health Inequalities" ergeben. Bei Männern trennen Reich und Arm jetzt mehr als fünf Lebensjahre. Der Report sei "der womöglich anschaulichste Beweis, wie ungleich die Nation unter der konservativen Regierung wurde", kommentiert The Guardian.

"Weil du arm bist, mußt du früher sterben" - mit dem griffigen Romantitel allein läßt sich die Ungleichheit in puncto Gesundheit indes nicht verstehen. Denn sie trifft nicht nur die Elenden am

untersten Rand der Industriegesellschaften und führt keineswegs nur zu altbekannten Proletarierkrankheiten wie der Tuberkulose. Das Gefälle zieht sich vielmehr quer durch die gesamte Bevölkerung, wie die sogenannten Whitehall-Studien bewiesen. Darin haben Epidemiologen die Todesfälle englischer Staatsbediensteter dokumentiert: Keiner der untersuchten Menschen war von Armut oder Stellenverlust bedroht. Gleichwohl spiegelte die Sterblichkeit die Stellung in der Hierarchie wider. In den untergeordneten Jobs war sie nahezu dreimal so hoch wie in den Spitzenpositionen. Die amerikanischen Wissenschaftler Kevin Fiscella und Peter Franks (Universität Rochester) wiederum haben über einen Zeitraum von fünfzehn Jahren mehr als 14 000 Menschen untersucht und kommen zu dem Schluß, die Höhe des Einkommens bestimme geradezu die Lebenserwartung.

Im Unterschied zu den USA oder Schweden sei Deutschland bei der Erforschung der Zusammenhänge "ein Entwicklungsland", kritisiert Siegrist deutsche Gesundheitspolitiker. Sie verschlossen einfach die Augen, beispielsweise vor der Tatsache, daß Männer ohne Abitur hierzulande drei Jahre früher sterben als Männer mit Abitur. "Daß die Verteilung von Krankheiten einem soziologischen Gesetz folgt, erscheint vielen befremdlich", sagt Johannes Siegrist. Politiker und Mediziner begriffen Krankheiten eher als genetisches Schicksal oder als selbstverschuldete Folge von ungesunden Gewohnheiten wie Rauchen, Trinken, Bewegungsmangel oder schlechter Zahnhygiene.

Zwar beobachten die Armutsforscher, daß schädliche Verhaltensweisen am unteren Rand stärker ausgeprägt sind als in der übrigen Gesellschaft. Diese Ungleichheit würde durch die Gesundheitsreform verstärkt, kritisiert Jürgen Collatz, Soziologe an der Medizinischen Hochschule Hannover. Kronen, Brücken und Prothesen werden für Krankenversicherte, die nach 1978 geboren sind, seit dem Sommer nicht mehr bezuschußt. Zugleich ist eine ausreichende Kariesprophylaxe in deutschen Kindergärten und Zahnarztpraxen noch immer nicht in Sicht, was vor allem sozial Schwache treffen dürfte.

Die im Juli beschlossene Erhöhung der Zuzahlung für Medikamente drohe "die Armen noch kränker zu machen", befürchtet der Arzt Bernd Kalvelage, der im benachteiligten Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg arbeitet. Mitunter schenkt der Internist seinen Patienten zehn Mark aus der Praxiskasse, damit sie sich ihre Medikamente in der Apotheke holen können. Durch die neue Regelung werden die deutschen Krankenversicherten schätzungsweise mit zusätzlich fünf Milliarden Mark pro Jahr belastet.

Doch mit Einschnitten in der staatlichen Versorgung allein läßt sich der soziale Gradient nicht erklären. Denn ausgerechnet in Ländern wie Schweden und Finnland wuchs die Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in dem Maße, wie das Gesundheitssystem für alle Schichten ein vorbildliches Niveau erreichte. Auch ungesunde Lebensweise erkläre den Schichtunterschied bei Herz-Kreislauf-Kranken allenfalls zur Hälfte, sagt Johannes Siegrist. Das hätten viele Studien bewiesen, in denen Risikogruppen miteinander verglichen wurden. Daß reiche Raucher länger leben als arme Raucher, ist eines der Ergebnisse.

Was aber macht dann die restlichen fünfzig Prozent des sozialen Gradienten aus? Warum erkranken Menschen aus unteren Schichten häufiger an Bluthochdruck, Herzinfarkt, Hirnschlag oder Angina pectoris, wenn die Lebensumstände ähnlich gesund oder ungesund sind, wenn die medizinische Versorgung für alle weitgehend gleich ist und wenn auch genetische Faktoren keine Rolle spielen?

Der soziale Gradient ist offenbar mit biochemischen Vorgängen verknüpft. Die Ausschüttung von Stresshormonen spielt eine bedeutende Rolle bei Herz-Kreislaufkrankungen, vermutet Johannes Siegrist. Daß der Körper mit biochemischen Signalen auf finanzielle Not und soziale Belastung reagiert, glauben Forscher mit einer Reihe von Studien belegt zu haben. Eine der verlässlichsten Untersuchungen stammt aus Schweden. Als dort Fabrikarbeiter ihren Job verloren, produzierten sie vermehrt Wachstumsfaktoren, Cholesterin, Fibrinogen und Stresshormone - physiologische Veränderungen, welche die krankhafte Verengung der Blutgefäße begünstigen. Und auch das Immunsystem der entlassenen Schweden schien geschwächt zu sein.

Eine aufsehenerregende Studie aus New York stützt den Zusammenhang zwischen Stress und Herzleiden. In Harlem haben junge Schwarze eine ähnlich katastrophale Lebenserwartung wie in Bangladesch. Obwohl in Harlem viele Menschen durch Morde und Unfälle ums Leben kommen, erwiesen sich Herzinfarkte und Schlaganfälle als Hauptursache der hohen Sterblichkeitsrate.

Nicht Arbeitslosigkeit und Armut allein, sondern "das Verhältnis zwischen Leistung und Belohnung" sei für die biochemischen Veränderungen verantwortlich, sagt Johannes Siegrist. "Wer ohne Chance auf einen beruflichen Aufstieg jahrelang Schwerstarbeit leistet oder dabei sogar um seine Stelle fürchten muß, scheint gefährdet zu sein." Die vorherrschende Lehrmeinung beschränkt sich seiner Ansicht nach in der Prävention allzusehr auf die klassischen Risikofaktoren und läßt die Erkenntnisse der aktuellen Gesundheitsforschung außer acht. Der Düsseldorfer Forscher warnt: "Wer Krankheiten verhüten will, der muß auch ihre soziale Dimension verstehen."

Literaturhinweis: Die Zukunft der Medizin - Neue Wege zur Gesundheit?; Gert Kaiser und andere (Hg.); Campus Verlag, Frankfurt/Main 1996