

sich in den letzten fünfzehn Jahren deutliche Verschiebungen in den Geschlechterrelationen ergeben. So hätten sich die Anteile der erwerbstätigen Männer und Frauen an der Bevölkerung angeglichen und sei die Lücke zwischen den Erwerbseinkommen der Vollzeitarbeitenden kleiner geworden. Jedoch beruhe die Angleichung auf einer Erhöhung des Anteils der Teilzeitbeschäftigten, und dies seien meist Frauen. Der Frauenanteil an *top jobs* sei gestiegen (vgl. ebd.: 7). Die Autorinnen referieren im Weiteren Änderungen in der Ausbildung, in der Familienstruktur und der Hausarbeit und reflektieren auf allgemeiner Ebene: »jobs and families are complex variables with good and bad effects on the physical and mental health of women and men. Both are areas for social support, which is beneficial to health; both are sometimes hazardous environments with detrimental physical effects; both produce stress« (Lorber 1997: 27, zit. nach Anandale/Hunt 2000: 18). Alter, sozioökonomischer Status und Ethnizität seien wichtige Parameter der gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern (vgl. Anandale/Hunt 2000: 24). Sie unterscheiden einen traditionellen, einen Übergangs- und einen im Entstehen begriffenen, neuen Ansatz zur Erforschung des Verhältnisses von Gesundheit und Geschlecht. Der traditionelle gehe von der Unterscheidung von *sex* und *gender* aus und fokussiere auf die Exklusion von Frauen aus bestimmten sozialen Rollen etc. Der Übergangsansatz werde zunehmend der Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Männern und Frauen gewahr. Der neue Ansatz integriere die Geschlechterordnung in die soziologische Analyse der Phänomene von Gesundheit und Krankheit (vgl. ebd.: 28). Das Geschlechterverhältnis wird so als Teil der Sozialstruktur begriffen, die in ihrer klassischen Form nur Schicht- und Klassenunterschiede erfasste.

Schichtzugehörigkeit und Gesundheitszustand

Die Zusammenhänge zwischen Schicht- oder Klassenzugehörigkeit und anderen Variablen sind als »soziale Ungleichheiten« klassische Gegenstände der Soziologie. Epidemiologische Daten zeigen bei Mortalität in der modernen Gesellschaft deutliche »soziale Schichtgradienten«: »je höher der

sozioökonomische Status, desto niedriger die Sterblichkeit« (Siegrist/Möller-Leimkühler 1998: 97). Dies gilt ebenso für die Morbidität, insbesondere bei chronisch-degenerativen Erkrankungen wie koronarer Herzkrankheit, bei zerebrovasculären Krankheiten, Atemwegserkrankungen, Bronchialkarzinomen, Diabetes mellitus und AIDS. Wie sind diese Schichtgradienten zu erklären? »Das Hauptgewicht kommt schichtenspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen, insbesondere differentiellen gesundheitsbezogenen Lebensstilen und physischen sowie sozioemotionalen Belastungskonfigurationen zu.« Siegrist und Möller-Leimkühler untersuchen diesen Tatbestand mit Hilfe zweier stresstheoretischer Erklärungsmodelle, dem Anforderungs-Kontroll-Modell beruflicher Belastungen und dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Sie weisen jedoch selbst auf die Begrenztheit dieser Modelle hin, die außerberufliche Faktoren außer acht lassen (vgl. ebd.: 100). Darum möchte ich weitere Erklärungsmodelle ansprechen.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Krankheit ist zunächst ein rein statistischer. Sarah Nettleton fragt, warum wir solche Relationen immer wieder finden, und unterscheidet vier Erklärungsansätze: Der erste erklärt diese Relationen als Artefakte, die sich wiederum aus den Artefakten ›Klasse‹ und ›Gesundheit‹ ergäben. Der zweite verweise darauf, dass gesundheitliche Zustände soziale Positionen beeinflussen könnten; gesunde Menschen stiegen eher sozial auf, kranke eher ab. Der dritte Ansatz sehe umgekehrt Gesundheit als die von sozialen Schichten und ihrem jeweiligen Lebensstil abhängige Variable. Der vierte Ansatz betone die Auswirkungen sozialstruktureller Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit und Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit (vgl. Nettleton 1995: 171ff.).

Die erste Erklärung, der Zusammenhang von sozialer Schicht und Gesundheitszustand ist ein Artefakt, resultiert aus einer Variante des Sozialkonstruktivismus, die den konstruierten Charakter aller sozialwissenschaftlichen Kategorien betont. Die zweite und die vierte Erklärungsform sind einander entgegengesetzt: Die zweite sieht – wie Chadwick dies im 19. Jahrhundert getan hatte – die Schichtzugehörigkeit als Resultat besserer oder schlechterer Gesundheit, die vierte umgekehrt – wie Chadwicks Zeitgenosse Engels – den Gesundheitszustand als Resultat sozialer Schichtung. Die

—

dritte Erklärungsart sieht Nettleton in offiziösen Zusammenhängen bevorzugt; sie hebt auf die gesundheitlichen Folgen individuellen Verhaltens ab, das wiederum von unterschiedlichen Kulturen unterschiedlicher Schichten geprägt sei. Dies trifft auf die erwähnte Betonung der verhaltensbedingten Risikofaktoren durchaus zu, nicht aber auf die medizinanthropologischen Ansätze, die ich oben vorgestellt habe.

Die Antwort auf Nettletons Frage nach der Konsistenz der statistischen Daten bleibt damit komplex. In der Sozialstrukturanalyse ist der Blick in den letzten zehn Jahren von den sozialen Großgruppen, wie Schichten und Klassen, zu kleineren und (noch) weniger übersichtlichen Milieus gewandert. Milieus werden dabei definiert als Gruppen Gleichgesinnter, »die jeweils ähnliche Werthaltungen, Prinzipien der Lebensgestaltung, Beziehungen zu Mitmenschen und Mentalitäten aufweisen« (Hradil 1999: 420). Es gibt Milieubegriffe, die nahe an denen der sozialen Schichtung sind: Hausfrauen-, Studenten-, Arbeitermilieu etc. (vgl. z.B. Korczak 1994). Deutlichere kulturelle Akzente setzt das *Sinus-Institut*. Es unterscheidet zehn Milieus: ein konservativ-technokratisches, ein kleinbürgerliches, ein traditionelles und ein traditionsloses Arbeitermilieu, ein aufstiegsorientiertes, ein modernes bürgerliches, ein liberal-intellektuelles, ein modernes Arbeitnehmer-, ein hedonistisches und ein postmodernes Milieu (nach Hradil 1999: 421ff.).¹⁴ Schulze (1992) hatte zuvor nur fünf Milieus als Kulturen beschrieben: das Niveau-, das Harmonie-, das Integrations-, das Selbstverwirklichungs- und das Unterhaltungsmilieu.

Obwohl mit der Medizinanthropologie in besonderer Weise kompatibel, ist die Milieuperspektive in der Medizinsoziologie bisher kaum ausgeleuchtet worden. Zwar hat z. B. Siegrist unterschiedliche Lebensstile als wichtige Faktoren gesundheitsrelevanten Verhaltens thematisiert (vgl. Siegrist 1998; Siegrist/Möller-Leimkühler 1998), jedoch thematisiert er diese unterschiedlichen Lebensstile nur auf individueller Ebene und parallelisiert sie mit seiner Erörterung sozialer Ungleichheiten von Gesundheit und Krankheit. Eine Möglichkeit, unterschiedliche individuelle Lebensstile durch Aufnahme des Milieubegriffs auch sozial zu verorten, reflektiert er nicht. Dieter Korczak dagegen hat Momente gesundheitsbewusster Lebensführung nach Sozialmilieus differenziert. Er schließt an die Milieubegriffe Durkheims und Mertons an,

d.h., er konzentriert sich vor allem auf die Verhaltensnormen, die Menschen zu einem »Wir« zusammenschließen (Korczak 1994: 267f.): So war für die in Ausbildung befindlichen, meist jungen Befragten Gesundheit kein Thema. »Wohl auch deshalb leben die Befragten dieser Gruppe nicht konsequent gesund: ihrer eigenen Meinung zufolge trinken sie zu viel Alkohol, ernähren sich nicht optimal und bewegen sich zu wenig. Durch den hohen Anteil von Studenten [...] erklärt sich die vergleichsweise kritische Beurteilung der institutionalisierten Mittler (z. B. Gesundheitszentren, Gesundheitsämter), Zeitungsbeiträgen und vor allem persönlichen Bezugspersonen (Elternhaus/Familie, Hausarzt) hingegen messen sie größere Bedeutung bei« (ebd.: 289). Über Kaufleute, Lehrer, Gesundheitspfleger und Wissenschaftler, die Korczak zu einem Milieu vereint, schreibt er: »Diese Gruppe bezeichnet sich mehrheitlich als gesund, obwohl sie eine vergleichsweise hohe Zahl von Beschwerden wie Abgespanntheit, Migräne und Allergien angibt. Sie scheinen ihrem Körper und ihrem Gesundheitszustand hohe Aufmerksamkeit zu widmen« (ebd.: 291). Dagegen hält er für das Sozialarbeitermilieu fest: »Diese Berufsgruppe kommt mit ihrer Arbeitssituation auffallend gut zurecht: sie geht in ihrer Arbeit auf, leidet kaum unter Leistungsdruck und kann Berufs- und Privatleben gut vereinbaren« (ebd.). Die Befindlichkeit der Hausfrauen und -männer entspricht dem, was ich im Kapitel *Feministische Medizinsoziologie* über die geschlechtsspezifische Morbidität referiert habe: »sie bezeichnen ihren Gesundheitszustand überwiegend als mittelmäßig, wobei Gesundheitsbeschwerden überdurchschnittlich häufig psychosomatischer Natur sind (Migräne, Wetterfühligkeit)« (ebd.: 289).

An Korczaks Untersuchung wird deutlich, dass eine Betrachtung von Milieu und Gesundheitszustand zu interessanten Ergebnissen führen kann – insbesondere dann, wenn der Milieubegriff um kulturelle Dimensionen erweitert wird (vgl. *Sinus-Institut* 1998; Schulze 1992).

Medizin als soziales System

In diesem und dem folgenden Kapitel möchte ich mich der gesellschaftlichen Makroebene zuwenden. An Parsons' systemtheoretische Überlegungen haben vor allem Renate