

**Framing-Effekte für soziale
Verteilungsmuster von Krankheit:
ein unterschätzter Mechanismus**

ROBERT ARONOWITZ

Dieses Kapitel stammt aus dem Sammelband

JÖRG NIEWÖHNER, CHRISTOPH KEHL, STEFAN BECK (HG.)

Wie geht Kultur unter die Haut?

Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin,
Lebens- und Sozialwissenschaft

© 2008 transcript Verlag, Bielefeld

ISBN 978-3-89942-926-8

<http://www.transcript-verlag.de>

Der Gesamtband und seine Teile sind unter einer
Creative Commons Lizenz lizenziert:



Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 License.

Framing-Effekte für soziale Verteilungsmuster von Krankheit: ein unterschätzter Mechanismus

ROBERT ARONOWITZ

I

Unter Klinikern, Forscherinnen und Forschern sowie politischen Entscheidungsträgern ist es zu einer Wiederentdeckung der sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitsbezogenen Ungleichheiten in den USA und anderen modernen Industriestaaten gekommen. In einer parallelen Entwicklung sind neue Disziplinen entstanden – an erster Stelle sind Sozial-epidemiologie und Bevölkerungsmedizin zu nennen –, die sich im Wesentlichen negativ, in Abgrenzung von der Risikofaktoren-Epidemiologie definieren und die die Betonung von individuumszentrierten Praktiken der öffentlichen Gesundheitsvorsorge ablehnen. Diese rekonfigurierten Felder zielen darauf ab, neue Maßnahmen zur Verbesserung der gesellschaftlichen Gesundheit zu finden, jenseits der Bereitstellung von Leistungen des Gesundheitssystems, zum Beispiel, indem Einfluss genommen wird auf die Sozial- und Wirtschaftspolitik, durch Massenkommunikation und über die gebaute Umwelt.

Eine umstrittene Frage bei der Etablierung dieses aufstrebenden Paradigmas ist diejenige nach dem Mechanismus, über den soziale Faktoren zu Gesundheit und Krankheit in den Kör-

pern der Individuen führen. Die häufig verwendete Formel für dieses Problem ist: »Wie geht Kultur unter die Haut?« Es ist praktisch unumstritten, dass individuelles Verhalten, Umweltfaktoren und ungleicher Zugang zum Gesundheitswesen eine wichtige Rolle spielen; was aber diese neuen Forschungsfelder verstehen und beeinflussen wollen, sind die Kontextfaktoren ›oberhalb‹ der Ebene des Individuums. Es haben sich zwei große Kausalkonzepte herausgebildet, die sich vor allem in Debatten über die gesundheitlichen Folgen von Einkommensungleichheiten finden. Das eine betont materielle Mechanismen im biografischen Verlauf – etwa die Verfügbarkeit und die Qualität von Schulen, Wohnraum und medizinischer Versorgung (Lynch et al. 2000: 1199-1204). Das konkurrierende Konzept betont die wichtige Rolle von psychosozialen Mechanismen, wie etwa der Selbstwahrnehmung einer Person in der sozioökonomischen Hierarchie, für die Formung von gesellschaftlicher Gesundheit (vgl. Wilkinson 1996). Vertreterinnen und Vertreter des psychosozialen Ansatzes verweisen auf Forschungen zu Stress und kardiovaskulären Erkrankungen (vgl. Esch in diesem Band) und zur Rolle von relativer (nicht einfach absoluter) Einkommensdisparität auf den Gesundheitszustand.

Ich will für einen dritten großen ätiologischen Rahmen für das Verständnis der gesellschaftlichen Verteilungsmuster von Gesundheit und Krankheit plädieren. Es geht um die Frage, über welche Mechanismen die Gesundheit von Individuen und Populationen ein Ergebnis davon ist, wie Gesellschaften auf einer allgemeinen Ebene Krankheitszustände anerkennen, definieren, benennen und kategorisieren und sie auf eine Ursache oder eine Menge von Ursachen attributieren. Diese Framing-Konzepte und -Praktiken können weitreichende Folgen haben, indem sie individuelles und Gruppenverhalten, klinische und öffentliche Gesundheitsversorgungspraktiken und gesellschaftliche Reaktionen auf Gesundheitsprobleme beeinflussen. Viele dieser kausalen Pfade werden in klassischen epidemiologischen Studien entdeckt, aber sie werden als Verzerrungen oder Störvariablen und nicht als Ursachen oder vermittelnde Einflüsse betrachtet. Dies ergibt dann Sinn, wenn wir annehmen – wie es die meisten Gesundheitsforscherinnen und -forscher tun –, dass die sozialen und historischen Variationen bei Gesundheitsüberzeugungen, diagnostischen Praktiken und der Entscheidung, welche Probleme medikalisiert werden, bloße Epi-

phänomene im Verhältnis zum »wirklichen« Gesundheitszustand sind. Ich werde im Folgenden jedoch argumentieren, dass diese Framing-Phänomene manchmal genau die Mechanismen sind, über die sich soziale Verteilungsmuster von Gesundheit und Krankheit herausbilden.

Ich verwende Framing leicht euphemistisch für das, was oft die soziale Konstruktion von Krankheit genannt wird (Rosenberg 1992: xiii-xxvi). Diese Verwendung hilft vielleicht, einige ungewollte Konnotationen, die manchmal mit konstruktionistischen Argumenten einhergehen, zu vermeiden – ein Typus von veraltetem Kulturrelativismus, ein Mangel an gesundem Menschenverstand und eine reflexhafte Oppositionshaltung gegenüber der Biomedizin. In der aktuellen gesellschaftshistorischen Forschung haben sich nicht nur begriffliche, sondern auch substantielle Verschiebungen vollzogen: eine Verschiebung weg von offensichtlich grenzwertigen diagnostischen Kategorien (zum Beispiel Homosexualität als Krankheit in der psychiatrischen Nosologie) und hin zu komplexeren und systematischeren Untersuchungen von normativen medizinischen Kategorien und Klassifikationen (Krebs, Herzerkrankungen etc.). Auch wenn keine Inkonsistenz besteht zwischen der gleichzeitigen Annahme einer kausalen Rolle von sowohl Framing-Phänomenen als auch materiellen und psychosozialen Phänomenen, werden diese selten miteinander kombiniert und ihre jeweilige Untersuchung markiert oft Grenzen zwischen den Disziplinen (zum Beispiel untersuchen Historikerinnen und Historiker die Framing-Phänomene, während sich die Sozialepidemiologen auf materielle und psychosoziale Phänomene konzentrieren). Das in diesen zwei Containern eingelagerte Wissen könnte jedoch in einen beiderseits fruchtbaren Austausch gebracht werden und damit vollständigere Beschreibungen der sozialen Verteilungsmuster von Gesundheit liefern.

Im Folgenden werde ich eine Reihe von Framing-Mechanismen genauer untersuchen und die Frage erörtern, ob es plausibel ist, sie als ätiologisch für die sozialen Verteilungsmuster von Gesundheit zu betrachten. Einige der Beispiele stammen aus der epidemiologischen Literatur. Typischerweise haben die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Verbindungen untersucht, die mittels materieller oder psychosozialer Begriffe verstanden wurden, von denen sich aber nach weiterer und genauerer Untersuchung herausstellte, dass sie sich besser er-

klären lassen als Erinnerungs- und Selektionsfehler, Fehlklassifikationen, ein falsches Verständnis sowohl von veränderten diagnostischen Kriterien als auch von Mustern in der tatsächlichen Veränderung von Krankheiten oder als irreführende Darstellungen von Wirksamkeit.

Andere Beispiele kommen aus den Sozialwissenschaften. Die Berücksichtigung von Framing-Phänomenen bei Krankheiten hat eine lange Geschichte in der Medizingeschichte, -soziologie und -anthropologie, wenn auch unter anderen Etiketten, jedes mit seinem (oft umstrittenen) Geltungsbereich und entsprechenden Konnotationen – soziale Konstruktion, Medikalisation, Labeling-Approach und andere. Es ist weit weniger anerkannt, vor allem im sich herausbildenden Feld der Bevölkerungsgesundheit und der auf Gesundheitsdisparitäten gerichteten politischen Aufmerksamkeit, dass Framing-Phänomene (1) zusammengenommen einen Mechanismus darstellen, der einige der sozialen und zeitlichen Muster von Gesundheit und Krankheit in den heutigen USA verursacht oder beeinflusst, und dass (2) ein großer Teil der Belege für ›Framing als Mechanismus‹ in der medizinischen und epidemiologischen Literatur direkt vor unserer Nase liegt, sie aber nicht als solche anerkannt werden – größtenteils, weil aus Perspektive der Alltagsrationalität von Medizin und öffentlicher Gesundheit diese Phänomene Hindernisse und Ablenkungen von einem Verständnis der ›wahren‹ Kausalmechanismen sind.

Als letzte einleitende Bemerkung will ich darauf hinweisen, dass – während ich »wie Kultur unter die Haut geht« zur Situierung meines Arguments über Framing als Mechanismus verwende – ich dies nur deswegen tue, weil es die häufigste Kurzformel ist, die von Epidemiologen sowie Klinikern verwendet wird, um soziale Bedingungen biologischen Phänomenen zuzuordnen. Epidemiologinnen und Epidemiologen sowie Kliniker verwenden diese Kurzformel, weil sie nicht präzise bzw. nicht einmal unpräzise die Schnittstelle definieren können, die sie intuitiv (be)greifen wollen: Was genau ist innerhalb und außerhalb des Körpers oder der Kultur, oder was ist Kultur und was nicht? In anderen Worten: Ich verwende einen existierenden und problematischen Bezugsrahmen. Indem ich für eine Einbeziehung von Framing-Phänomenen argumentiere, möchte ich die alltäglichen und zugleich schlecht artikulierten Annahmen von Medizin und Epidemiologie über den Ort und die

Bedeutung dieser Kultur/Körper-Schnittstelle in Frage stellen. Um es noch einmal zu betonen: Dies ist keineswegs eine einzigartige Infragestellung, doch ich hoffe, dass ich einen Beitrag leisten kann zum in Entstehung begriffenen Feld der Bevölkerungsgesundheit, indem ich Erkenntnisse aus der medizinischen und epidemiologischen Literatur wie auch aus den interpretativen Sozialwissenschaften verwende, die in ihrer Reichweite und ihren Implikationen nicht trivial sind und die sich nicht auf Grenzfälle von Erkrankungen beschränken.

Während ich einige Überzeugungen, linguistische und klassifikatorische Normen und soziale Dynamiken, die man üblicherweise nicht mittels ätiologischer Begriffe fasst, herausstellen werde, sollen diese nicht als Vorbereitung für ein neues konzeptuelles Modell verstanden werden. Die wachsende Literatur über die sozialen Determinanten von Gesundheit benötigt keinen weiteren »Pfeil-Salat«, in dem alles alles verursacht.¹ Ich will mich auf einige wenige identifizierbare Pfade konzentrieren, da die schiere Komplexität von multikausalen und Multi-Ebenen-Modellen als Ausrede dafür verwendet werden kann und verwendet wird, auf der Populationsebene ansetzende gesundheitliche Interventionen gänzlich aufzugeben, da Kritikerinnen und Kritiker argumentieren, dass es zu schwierig sei, sinnvolle und effektive Ansatzpunkte zu identifizieren (vgl. Tesh 1988; Farmer 1999).

II

Das soziale und stukturelle Framing von Diagnosen

Die Tatsache, dass in den Vereinigten Staaten die Inzidenz, Mortalität und Hospitalisierungsraten bei Asthma angestiegen sind und dass diese Entwicklung in noch dramatischer Weise die armen Bevölkerungsschichten in den Städten und ethnischen Minderheiten betrifft, hat weithin Beachtung gefunden. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Biomedizin und den Sozialwissenschaften haben ihre Aufmerksamkeit im Allgemeinen auf in der Mikro-Umwelt liegende (zum Beispiel Hausstaubmilben und Kakerlaken) und psycho-biologische Fak-

1 | Ich danke Bruce Link für diesen Ausdruck.

toren (Modelle zum Zusammenhang von Stress und Immunmechanismen) gerichtet. In der existierenden klinischen und epidemiologischen Literatur finden sich jedoch Hinweise darauf, dass die Verteilung von Asthmadiagnosen auch historisch bedingte Werte, Interessen und gesellschaftliche Strukturen widerspiegelt, von denen viele auf gewinnbringende Weise mit den Methoden der Kulturanthropologie oder Medizingeschichte untersucht werden könnten. So haben beispielsweise Cunningham und Kollegen (Cunningham et al. 1996: 1406-1409) eine Diskrepanz zwischen dem Vorhandensein von expiratorischem Stridor (Atemgeräusche beim Ausatmen) und der Rate von Asthmadiagnosen in einer Notaufnahme aufgezeigt. Die Autorinnen und Autoren deuten vorsichtig an, dass Rasse und sozioökonomischer Status wichtiger für das Erhalten einer Diagnose sein könnten als das Vorhandensein der Symptome selbst. In einem den Artikel begleitenden Editorial deutete Peter Gergen (Gergen 1996: 1361-1362) die Resultate so, dass sie möglicherweise bedeuten, dass inadäquate Primärversorgung (und die Besorgnis der Notärztinnen und -ärzte über mangelhafte Folgeuntersuchungen) zu mehr Asthmadiagnosen bei armen Kindern mit Episoden von expiratorischem Stridor führen. Falls diese Art von Framing-Effekt weit verbreitet wäre, ließe sich ein großer Teil der beobachteten zeitlichen, Einkommens-, ethnischen und geografischen Variation bei Asthma auf Unterschiede in diagnostischen und Etikettierungsroutinen zurückführen (zusätzlich zur mutmaßlichen Rolle von eher materiellen Aspekten von Armut).

In diesem Fall könnte »Kultur unter die Haut« gelangt sein, indem interagierende sozioökonomische Realitäten (fehlende Krankenversicherung, inadäquate Primärversorgung) und Überzeugungen über Krankheit (zum Beispiel, dass es für Personen, bei denen mit mangelhaften Folgeuntersuchungen zu rechnen ist, besser ist, wenn man sie mit Asthma diagnostiziert und unmittelbar behandelt, als wenn man beobachtend abwartet) soziale Muster von Gesundheit und Krankheit schaffen, die sich ab einem bestimmten Punkt auch von selbst aufrechterhalten können. Dieses Sich-von-selbst-Aufrechterhalten tritt dann auf, wenn das wahrgenommene soziale Muster von Krankheit selbst Teil des diagnostischen Akts wird; in diesem Fall begünstigt schon die Tatsache selbst, dass man annimmt, dass Asthma bei armen Menschen häufiger auftritt, die Diagnose von Asthma bei armen Menschen. Medizinische Diagnosen

sind eine notwendigerweise Bayes'sche Übung. Die »A-priori-Wahrscheinlichkeit« von Krankheit formt die Diagnose. Solche Überzeugungen beeinflussen auch das Gesundheitsverhalten des Individuums.

Eine extreme Form dieses selbsterhaltenden Musters existiert dann, wenn die soziale Formung von Krankheitsklassifikationen zu einer kleinen Zahl von stabilen, stark kulturell gerahmten diagnostischen Optionen geführt hat. Individuelle diagnostische Akte sind von dieser Nosologie begrenzt, während zur selben Zeit ihr kumulativer Effekt die Stabilität des nosologischen Systems verfestigen kann. Man denke etwa an das heutzutage hoch geschlechtsdifferenzierte Framing von Kopfschmerzdiagnosen in den USA. Als Ergebnis einer komplizierten wie charakteristischen Sozialgeschichte von geschlechtsdifferenzierten Diagnosen (Kempner 2006: 632-656) kamen viele amerikanische Neurologinnen und Neurologen zu der Überzeugung, dass die meisten Kopfschmerzsyndrome entweder als primär weibliche »Migräne« oder als primär männlicher »Cluster-Kopfschmerz« klassifiziert werden können. Jenseits des Beitrags von angenommenen biologisch fundierten Geschlechterunterschieden in der Ätiologie von verschiedenen Kopfschmerzmustern wurden individuelle diagnostische Akte von diesen klinischen und epidemiologischen »Fakten« begrenzt, sobald diese vergeschlechtlichten Diagnosen verfügbar und legitimiert waren.

Technologischer Wandel beeinflusst Frames

In einem oft zitierten Artikel aus dem Jahr 1985 prägten der Epidemiologe Alvan Feinstein, Daniel K. Sosin und Carolyn Wells den Begriff »Will-Rogers-Phänomen«, um ein vermeintliches Paradoxon in Krebs-Statistiken zu erklären (Feinstein et al. 1985: 1604-1608). Feinstein erinnerte sich, dass der Komiker Will Rogers einmal gewitzelt hatte, dass, als die Okies² während der Depression von Oklahoma nach Kalifornien zogen,

2 | »Okies« ist ein ursprünglich abwertend konnotierter Sammelbegriff für inneramerikanische Wirtschaftsflüchtlinge aus der Zeit der Großen Depression, die aus Oklahoma (daher der Name) und anderen Staaten des »Dust Bowls« nach Kalifornien migrierten.

der Durchschnitts-IQ in beiden Staaten gestiegen sei. Dies kann nur dann funktionieren, wenn die auswandernden Okies im Durchschnitt weniger intelligent als der durchschnittliche Einwohner von Oklahoma, aber zugleich intelligenter als der durchschnittliche Kalifornier sind. Feinstein hatte beobachtet, dass ein ähnliches Phänomen möglicherweise den vermeintlichen Fortschritt bei den stadienspezifischen Überlebensraten bei Krebs in den vergangenen Jahrzehnten erklären könnte. Im Verlauf der Verbesserung diagnostischer Technologien (zum Beispiel der Verwendung von CT-Scans zur Diagnose von zuvor schwer entdeckbaren Metastasen) kam es zu einer systematischen Abwärts-Reklassifikation der Krebserkrankungen »mit der schlechtesten Prognose« innerhalb eines Stadiums in das nächstschlechtere Stadium. Analog zu den Annahmen, die dem Witz von Will Rogers zugrunde liegen, hatte diese Reklassifikation eine Verbesserung der durchschnittlichen Überlebensrate in beiden Kategorien zur Folge, da die »nach unten verschobenen« Fälle durchschnittlich die schlimmsten des ursprünglichen Stadiums, aber die besten ihres neuen Stadiums waren.

Das Will-Rogers-Phänomen (und die unten diskutierten verwandten Framing-Effekte wie scheinbar verbesserte Letalitätsraten als Ergebnis von verbessertem Screening, veränderte Schwellen für pathologische Diagnosen und neue Diagnosen von Krebsvorstadien) hat zweifellos zu dem Eindruck beigetragen, dass es einen breiten medizinischen Fortschritt bei den Krebsüberlebensraten gegeben hat. Die meisten Menschen, innerhalb wie außerhalb der Medizin, führen diesen Fortschritt reflexhaft auf die technologischen Verbesserungen bei der Diagnose und Behandlung von Krebs zurück. Dieser Glaube wurde und wird dann dazu verwendet, weitere Investitionen in Krebsdiagnostik und therapeutische Technologien und Praktiken zu rechtfertigen, was wiederum zu weiterem vermeintlichen Fortschritt führte und so weiter.

Diese Arten von Wechselwirkungen zwischen technischem Wandel, klinischen Praktiken und der Wahrnehmung von Fortschritt sind weit verbreitet und stellen wichtige Mechanismen dar, über die sich soziale und zeitliche Muster von Krankheit etablieren. Wie bei den anderen hier untersuchten Framing-Mechanismen auch, ist die Fähigkeit zur Verselbstständigung ein wichtiges Kennzeichen dieser Interaktionen. Eine weitere zentrale Erkenntnis besteht in der Art, in der manche Überzeu-

gungen und Wahrnehmungen von Kausalität und Wirksamkeit performative Macht haben. Sie können Akteure und nicht nur Abbilder von Gesundheit auf der Ebene des Individuums oder der Bevölkerung sein. Während Feinstein und seine Koautorin und sein Koautor das Will-Rogers-Phänomen als Fehler oder Illusion auffassten, die man für genauere epidemiologische Studien herausrechnen müsse, hat es trotzdem möglicherweise eine ›reale‹ Wirkung auf individuelle und kollektive Überzeugungen darüber gehabt, was wirksam ist und wo zukünftige Investitionen getätigt werden sollten.

Risiko, Angst und das Verlangen nach Kontrolle

In manch anderen Interaktionen hat ein Kreislauf von Risiko, Angst und dem Verlangen nach Kontrolle einen sich selbst aufrechterhaltenden Prozess geschaffen, der in seiner Dynamik dem Will-Rogers-Phänomen ähnelt, aber vielleicht noch schwieriger zu erkennen, zu verstehen und zu verändern ist. Die Geschichte des Brustkrebsrisikos (vgl. Aronowitz 2001 und 2007) wirft ein erstes Licht darauf, wie dies im vergangenen Jahrhundert vonstatten ging. Die American Society for the Control of Cancer (später: American Cancer Society) startete im frühen 20. Jahrhundert eine öffentliche Aufklärungskampagne mit dem Ziel, Frauen dazu zu bewegen, das Einholen ärztlichen Rates für verschiedene tödliche Anzeichen von Krebs »nicht hinauszuzögern«. Die Kampagne fußte auf Annahmen über Zeit und Krebs; vor allem, dass eine frühe, »vollständige« Operation von Krebs bei seiner Behandlung wirkungsvoll wäre. Die Wirksamkeit der Kampagne wurde weder vom Krebs-Establishment noch von der Öffentlichkeit in Frage gestellt. Die Kampagne währte über 50 Jahre und wurde nicht so sehr widerlegt oder ausrangiert als vielmehr von mehr technikbasierten Screening-Programmen wie Pap-Tests und Screening-Mammografien nach und nach abgelöst.

Ähnlich wie bei anderen, oben diskutierten Feedbackschleifen zwischen aggregierter Wahrnehmung, Überzeugungen und Routinen, wurde die »Zögere es nicht hinaus«-Kampagne durch einen Kreislauf von Angst, dem Anpreisen von Kontrolle, Verhaltensveränderungen und der Wahrnehmung von Wirksamkeit aufrechterhalten. Um die Dynamik der Kampagne gegen Brustkrebs kurz zusammenzufassen: Frauen wurden aufge-

fordert, medizinischen Rat zu suchen, wenn sie irgendwelche verdächtigen Veränderungen in ihren Brüsten bemerkten. Diese erzieherische Botschaft wurde auf eine Weise gestaltet und übermittelt, die an die Angst vor Brustkrebs appellierte und sie zugleich verstärkte. Zur gleichen Zeit, in der die Kampagne sich durchsetzte, definierten Pathologen sowie Kliniker neue und frühere Typen von Krebsvorstufen und senkten zugleich die Schwelle für die Krebsdiagnose. Als mehr Frauen als Resultat der Kampagne medizinischen Rat suchten, interagierten diese Veränderungen in den diagnostischen Praktiken mit dem vergrößerten Pool von Frauen mit Brustproblemen, die medizinische Hilfe suchten, was zu einer stetig wachsenden Anzahl von Brustkrebsdiagnosen führte. Da die Mortalität durch Brustkrebs während der »Zögere es nicht hinaus«-Kampagne im Wesentlichen unverändert blieb, bedeuteten diese gestiegenen Diagnosezahlen, dass das Verhältnis von Todesfällen zu diagnostizierten Fällen rapide sank. Aus einer epidemiologischen Perspektive sank die mit Brustkrebs verbundene Letalitätsrate, während die Überlebensraten stiegen.

Diese vorteilhaft erscheinenden summarischen Statistiken wurden weithin angepriesen und wahrgenommen. Sie trugen zum Glauben von Medizin und Öffentlichkeit in die Wirksamkeit von Früherkennung und -behandlung bei. Diese Wahrnehmung motivierte dann zu sogar noch weiter gehender Befolgung der »Zögere es nicht hinaus«-Kampagne – was zu einem Kaskadeneffekt führte, der so lange andauerte, bis die medizinische Skepsis über die unveränderte Mortalität sich mehr Gehör verschaffen konnte und neue Präventionsmaßnahmen (Screening-Mammografie) gefördert wurden. In der Zwischenzeit hatte sich der Einfluss von Brustkrebs auf die amerikanische Gesellschaft gewandelt, ohne notwendigerweise die Tödlichkeit der Krankheit zu verändern.

Die heutige Situation bei Brustkrebs- und anderen lokalisationspezifischen Krebsvorsorgepraktiken ist ein Wiederhall dieser Geschichte von kaskadenartigen Interaktionen von Masseninterventionen, wahrgenommenen Veränderungen in den summarischen Wirkungen und in der Wirksamkeit von Therapie, Angst und der daraus resultierenden hohen Nachfrage nach Kontrolle. Um ein aktuelles Beispiel herauszugreifen (Schwartz et al. 2004: 71-78): 38 Prozent aus einer Stichprobe von 500 US-amerikanischen Erwachsenen berichteten, dass sie mindestens

ein falsch-positives Ergebnis bei einem von drei Krebscreening-Tests erlebt hatten (Mammografie, Pap-Test oder PSA-Test; 35 Prozent der weiblichen Versuchspersonen hatten ein falsch-positives Screening-Mammogramm erlebt). Bei einigen der Befragten mit falsch-positiven Tests dauerte es über einen Monat, bevor sie herausfanden, dass sie nicht an Krebs erkrankt waren. Viele berichteten, dass dies »sehr furchteinflößend« oder »die angsterfüllteste Zeit« ihres Lebens gewesen sei. Allerdings sieht es nicht so aus, als ob das Erleben von falsch-positiven Diagnosen den Enthusiasmus der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in irgendeiner Weise geschmälert hätte. Es scheint, als hätte das Erleben einer Krebsdiagnose und des nachfolgenden Widerrufs die schon vorher positive Haltung zum Krebscreening nur noch verstärkt, was eine teilweise Erklärung für die autonomen und selbst-aufrechterhaltenden Eigenschaften einiger der heutigen Krankheitspräventionsinterventionen liefert (vgl. Aronowitz 2007).

Ökonomische und strukturelle Einflüsse auf die steigende Zahl von neu definierten Gesundheitsrisiken und darauf, wie Wirksamkeit gerahmt wird

Krebs-Screening und viele andere Interventionen bei Gesundheitsrisiken sind heutzutage derart selbstverständlich, dass es schwierig geworden ist, einen Schritt zurückzutreten, die Richtung zu ändern oder die Maßnahmen gar zu hinterfragen. Große Gesundheitsvorsorge- und Marketingkampagnen haben nicht nur den Alltag von ganz gewöhnlichen Männern und Frauen verändert, sondern auch die von Hausärzten, Radiologinnen, Pathologen und anderen wichtigen Mitspielerinnen in der »schnellen Eingreiftruppe« der Risikofaktoren. Diese Wechselwirkungen bei sich verändernden epidemiologischen Wahrnehmungen, Überzeugungen und Verhalten wurden aufrechterhalten von einer massiven und schnellen Verbreitung von Screening-Techniken mit ihren eingebetteten Zulieferern, Managern und Übersetzern. Aber diese Investitionen in Technik und Arbeitskraft sind nur Teil eines größeren Systems, in dem wirtschaftliche Interessen neue Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit geformt haben.

Die New York Times berichtete kürzlich an prominenter Stelle über eine Entwicklung bei Gesundheitsrisiken, die den

ökonomischen Anteil an den oben beschriebenen, kaskadengleichen Interaktionen veranschaulicht. Die Times berichtete, dass eine neue, von der Pharmaindustrie finanzierte Studie zeigte, dass Personen mit einem hohen Risiko für eine Diabetes-Erkrankung (die Details der Untersuchung wurden nicht näher spezifiziert, aber es wurde geschätzt, dass etwa 54 Millionen Amerikanerinnen und Amerikaner »Prädiabetes« hätten) durch die dreijährige Einnahme des Medikaments Rosiglitazon ihr Risiko um zwei Drittel reduziert hätten (Rosenthal 2006: 1). Der Artikel berichtete sowohl über den Enthusiasmus einiger Beobachterinnen und Beobachter als auch über die Marketingpläne der Pharmafirmen. Er warf aber auch Fragen auf über die Kosten (der Artikel stellte fest, dass eine ähnliche Klasse von Medikamenten, »Statine«, zur Risikoreduktion bei Herzerkrankungen inzwischen eine 40-Milliarden-Dollar-Industrie sei, die »mehr als 10 Prozent der Gesundheitsausgaben in einigen europäischen Ländern aufzehrt«) und über die Wirksamkeit jenseits des individuellen Diabetesrisikos (eine Diagnose, die Kennzeichen sowohl einer symptomatischen chronischen Erkrankung wie auch eines Zustands des Risikos für zukünftige Risiken hat). Wenn man die Untersuchung in eher klinische und populationsrelevante Begriffe fasst, zeigte eben diese Studie, dass man 544 Personen für drei Jahre behandeln müsste, um ein Leben zu retten. Während es offensichtlich von Bedeutung ist, ob man Wirksamkeit in Begriffen von individuellem, relativem Risiko oder in Begriffen der Wirkung auf Populationsebene fasst, hat es wenig explizite gesellschaftliche Diskussion oder Aushandlungsprozesse zwischen den betroffenen Parteien darüber gegeben, wie Krankheit und Gesundheit gefasst werden sollten. Stattdessen gibt es eine Art freien Markt, auf dem Verfechterinnen und Verfechter bestimmter Risiken und Interventionen, Pharmafirmen und andere Akteurinnen und Akteure auf die Veränderung von Verhaltensweisen und Routinen hinarbeiten und die Arten von Abweichungen, die als Gesundheitsrisiken etikettiert werden, ausweiten (vgl. Becker 1963 für eine umfangliche Diskussion der Rolle, die solche »moralischen Unternehmer« spielen).

Die Rosiglitazon-Studie zur Diabetesprävention ist Teil einer viel größeren Verschiebung im Framing von Gesundheit, die von den wirtschaftlichen Interessen der Pharmafirmen herbeigeführt und befördert wurde, die ihre Wurzeln aber auch in

anderen Aspekten der westlichen Kultur hat. Veränderungen bei Körpermetaphern, klinischer Praxis und der Wahrnehmung von Wirksamkeit führten zu und interagierten mit tiefgreifenden Veränderungen in der Nachfrage nach Risikointerventionen von Patientinnen und Patienten und darin, was Individuen konsumieren und mit ihren Körpern tun (Aronowitz 2006: 153-175).

Greene (vgl. Greene 2006) schildert das Aufkommen von Risiko aus der Perspektive der pharmazeutischen Industrie und mit besonderer Betonung des gekonnten Einsatzes neuer Methoden zur Etablierung von Wirksamkeit seitens der Industrie (vor allem die randomisierte klinische Studie). Seine Schilderung beginnt im Jahr 1957 auf einem Treffen der American Drug Manufacturer's Association, bei dem ein Vertreter der Industrie über die paradoxe Marktwirkung des offensichtlichsten Erfolgs der Branche – der Produktion und Vermarktung von Antibiotika – sinnierte. In der Summe hatte dieser Erfolg – eine effektive Heilung von Infektionskrankheiten – eine Begrenzung des Marktes für die Branche zum Ergebnis. Keine normale Branche würde sich auf ein Geschäftsmodell gründen, bei dem die hergestellten Produkte die Nachfrage nach eben diesen komplett auffressen. Der Vertreter warnte vor den düsteren Konsequenzen für die Branche, wenn sie nicht ein neues Paradigma für die Entwicklung und Verwendung von Medikamenten entwickeln würde. Im Jahr 1957 konnte der Industrievertreter die Umrisse eines neuen Paradigmas, in dem Medikamente ihren eigenen Markt mehr vergrößern denn verringern würden, nur erahnen. In den darauf folgenden Jahrzehnten sollte die Pharmaindustrie risikosenkende Medikamente und ein neues Konzept von Wirksamkeit als Risikosenkung entwickeln und vorantreiben. Anders als bei Antibiotika umfasst der Markt für risikosenkende Medikamente die gesamte Bevölkerung und ihre Verwendungsdauer umspannt potenziell das ganze Leben eines Individuums.

Konsumdynamiken – Rückkopplungsschleifen zwischen Konsum und Produktion

Ein verwandter und wenig untersuchter Framing-Mechanismus, der zum Aufkommen und den sozialen Verteilungsmustern vieler Krankheiten beigetragen hat, ist die Wechselwirkung

zwischen Konsummustern und Konsumstörungen. Lassen Sie mich dies anhand eines Beispiels aus einer aktuellen Fallstudie illustrieren.³

Schull (Schull 2005: 65-81) führte eine weitgehend ethnografische Untersuchung des Verhältnisses von Produzenten und Konsumentinnen von Video-Poker-Spielen durch. Sie konnte eine komplexe Interaktion zwischen den Produzentinnen und Konsumenten der Spiele zeigen, die zu einer subtilen, oft individualisierten Manipulation von gestalterischen Elementen führte, die komplexe und vielfältige Konsumentenbedürfnisse begünstigten und schufen. Als Ergebnis dieser Wechselwirkung geben die Konsumentinnen und Konsumenten mehr Geld für das Spielen aus und mehr entwickeln Spielsucht – oder etwas, was gemeinhin als Spielsucht verstanden wird. Während alle Arten von Sucht als Gesundheitsproblem gefasst werden können, kann Spielsucht negative Auswirkungen auf die Ressourcen und die sozialen Beziehungen einer Person haben, und der exzessive Gebrauch der Maschinen kann unmittelbare, negative Auswirkungen auf den Körper selbst, besonders die psychische Gesundheit einer Person, haben. Wenn man Video-Poker-Sucht als Gesundheitsproblem fasst, kann sie eine ganze Bandbreite von Reaktionen des Gesundheitswesens auf den Plan rufen – von Zwölf-Schritte-Programmen bis hin zu professionellen medizinischen Interventionen. Diese Reaktionen können selbst als Formen des medizinischen Konsums verstanden werden, da sie ihre eigene Ökonomie haben, die sowohl von den vermeintlichen Bedürfnissen der Süchtigen geformt wird wie von den Handlungen der Anbieterinnen und Anbietern verschiedener Programme, Angehörigen des Gesundheitswesens und Krankenversicherern.

Worauf ich hierbei die Aufmerksamkeit lenken will, ist die Interaktion zwischen der kulturspezifischen intelligenten Gestaltung und Vermarktung von Konsumgütern und dem gleichzeitigen Framing von Sucht und exzessivem Konsum als einer Krankheit, die selbst wiederum konsumentenorientierte Antworten zur Wiederherstellung von Gesundheit hervorbringen kann. Die intensiven Forschungs- und Designanstrengungen

3 | Siehe auch die historische Produktion des medizinischen Konsumenten von Nancy Tomes (2001) und den Aufstieg und Fall der Zigarette (Brandt 2007)

der Produzentinnen und Produzenten solcher Technologien, ein Erlebnis zu schaffen, das die Bedürfnisse und verwundbaren Punkte der individuellen Konsumentin bzw. des Konsumenten anspricht, sind wohl genauso oder noch manipulativer als die Design- und Marketingstrategien von süchtig machenden Substanzen, die inzwischen weitgehend verurteilt werden (wie die Manipulation des Nikotingehalts in Zigaretten), während sie gleichzeitig nicht notwendigerweise eine leicht zu isolierende unmoralische Handlung involvieren. In der Summe ähnelt das Ergebnis einer Sucht ohne spezifischen biologischen Wirkstoff, den man verantwortlich machen könnte, und ohne eine gefährdete Gruppe (Kinder, biologisch Prädisponierte), die man ausnehmen könnte.

Ich stelle mir eine perplexen Marsianerin des frühen 21. Jahrhunderts vor, die nach ihrer langen Reise in ihrem Motel-Zimmer in den USA ankommt und den Fernseher anschaltet. Wie würde sie sich den Mix aus dem Anpreisen von kalorienreichen, übergroßen und hochveredelten Nahrungsmitteln neben den an die Endverbraucherin gerichteten Werbespots für Medikamente zur Vermeidung von Herzerkrankungen oder Übergewicht und die Werbung für Schlankheitsprogramme, Fitnesscenter und Fitnessgeräte erklären?

Dieses Muster wiederholt sich bei anderen Arten des Konsums und den gesellschaftlichen Reaktionen darauf und es führt zu einer expansiveren und komplizierten Konzeption von Wohlstands- oder Zivilisationskrankheiten. Es reicht nicht aus, diese Krankheiten allein durch die Verwendung evolutionärer »Höhlenmenschen auf der Überholspur«-Modellen oder durch die Berufung auf veränderte materielle Bedingungen des Lebens in der Moderne zu erklären (Rosenberg 1998: 714-730). Der schlechte Gesundheitszustand, der mit Wohlstand assoziiert wird, stammt nicht immer aus Umweltgefahren wie Radon oder Kollateralschäden, die von wirtschaftlichem und gesellschaftlichem Fortschritt verursacht werden. Einige dieser spezifischen sozialen Muster sind auch Ergebnis einer zunehmend effektiven und individualisierten Produktentwicklung und Marketingfähigkeiten, die neue Mitglieder für eine stetig wachsende Klasse von Störungen liefern, die als Süchte, exzessiver Konsum oder Opfer von unfairem oder irreführendem Marketing gefasst werden. Das soziale Muster entsteht aus der Interaktion zwischen den sich verändernden Mechanismen des

Konsums und neuen Wegen, über die Krankheiten und gesundheitliche Probleme legitimiert und definiert werden.

Das Framing von gesundheitlichen Ungleichheiten: Folgen von oder Wege zur Aufrechterhaltung sozialer Ungerechtigkeit?

Sowohl Wissenschaft als auch Politik haben im Allgemeinen nicht hinterfragt, warum es zum aktuellen Aufschwung des Interesses an der ungleichen Verteilung von Gesundheit in den Vereinigten Staaten gekommen ist. Gesundheitliche Ungleichheit ist kein neues Phänomen und wurde bereits früher zur Kenntnis genommen. Zugleich haben einige dieser Ungleichheiten ein großes Maß an akademischer und öffentlicher Aufmerksamkeit auf sich gezogen, während dies bei anderen nicht der Fall war. Wenn wir die Gründe für diese selektive Aufmerksamkeit untersuchen, könnte dies nicht nur zu Erkenntnissen über die Interessen und Werte einer Gesellschaft führen, sondern auch Hinweise darauf liefern, wie die Ungleichheiten überhaupt erst entstanden sind. Im Allgemeinen geht man davon aus, dass gesundheitliche Ungleichheiten distale Folgen von Ungleichheiten in den die Gesundheit beeinflussenden materiellen Bedingungen sind. Was aber, wenn manche gesundheitliche Ungleichheiten die direkten Folgen von sozialen und kulturellen Dynamiken sind?

Der Linguist William Labov stellte vor vielen Jahren einen historischen Zyklus beim Verschlucken des R in verschiedenen amerikanischen Dialekten fest. Während es zuerst ein Merkmal der Sprache der Oberschicht war, wurde es nach und nach von den niederen Schichten adaptiert. Da das Verschlucken des R als ein Marker von Klassenunterschieden diente, hörten Angehörige der Oberschicht nach und nach auf, das R zu verschlucken, nachdem dieses Muster zur Norm bei den niederen Schichten geworden war. Dies ist ein Beispiel für einen oft gebrauchten und sozial konstruierten Unterschied bzw. eine Ungleichheit. Labov führte auch einige ausgeklügelte Experimente in New Yorker Kaufhäusern durch, die zeigten, dass das Verschlucken des R vom unmittelbaren sozialen Kontext strukturiert wurde – es trat viel häufiger in Gesprächen zwischen Kunden sowie Verkäufern in billigeren Kaufhäusern und Schnäppchenabtei-

lungen auf als auf Etagen desselben Geschäfts, auf denen teure Waren verkauft wurden (Labov 1963: 273-309).

Eine dieser soziolinguistischen Variation ähnliche Dynamik könnte hinter der Herausbildung und dem Fortbestehen einiger gesundheitlicher Ungleichheiten liegen. Sowohl in der sozialen Strukturierung von Sprache und Gesundheit könnten Unterschiede oder Ungerechtigkeit dazu dienen, Klassen- und andere soziale Unterschiede zu signalisieren und aufrechtzuerhalten. Einige Ungleichheiten und Gradienten mit Bezug auf Gesundheit resultieren möglicherweise nicht aus anderen sozialen Ungerechtigkeiten in einem direkten Sinn, sondern dienen vielmehr als Marker von Klassen-, Wohlstands- und ethnischen Unterschieden. Diese Unterschiede sind, in anderen Worten, zweckmäßig und funktional in sich selbst, auch wenn es keine bestimmte Person oder Gruppen von Personen gibt, die dies bewusst geplant haben.

Ein gewisser Teil der sozialen Strukturierung von moderater Fettleibigkeit könnte ein Beispiel für diese Art von Framing-Effekt sein. Viele Beobachterinnen und Beobachter haben die Aufmerksamkeit auf die soziale Verteilung von Adipositas gelenkt und angemerkt, dass sie mehr und mehr eine Krankheit von Armen und von ethnischen Minderheiten ist. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich vor allem auf kulturelle Normen bei Diäten, die gebaute Umwelt von Innenstädten und das Marketing von Fettleibigkeit begünstigenden Nahrungsmitteln (zum Beispiel die Vermarktung von Produkten als afro-amerikanisch durch McDonalds) – von denen letztlich die meisten durch Diskriminierung oder Vorurteile verursacht werden. Adipositas wurde mit anderen Gesundheitsproblemen in Verbindung gebracht, besonders Typ-2-Diabetes und koronarer Herzkrankheit (KHK).

Aber vielleicht ist ein Teil der rassenbezogenen und sozio-ökonomischen Ungleichheit, die sich in Adipositasraten zeigt, funktional und nicht nur eine direkte Konsequenz von Ungerechtigkeit beim Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln und anderen Determinanten (die ganz offensichtlich wirksam sind). Mit »funktional« will ich die Aufmerksamkeit auf soziale Dynamiken richten, die besonders wichtig sind, um die schichtspezifischen Entscheidungen des und der Einzelnen und die Frage zu erklären, wie und warum der Enthusiasmus für die gegenwärtige Medikalisierung von Adipositas Fuß fassen konnte. Wie das

Verschlucken des R trat ein höheres Durchschnittsgewicht historisch betrachtet (in einer Zeit, als Kalorien noch teurer waren) häufiger bei Wohlhabenderen auf. Auch nahm es einigen symbolischen Wert als Marker von sozioökonomischem Fortschritt und Aufstieg an. Als aber billige Kalorien einfacher verfügbar wurden, wurden auch die Armen fatter. Das, was einst ein Marker von hohem sozioökonomischem Status war, verkehrte seine Bedeutung, und die soziale Dynamik der Differenzierung bedeutete, dass viele, die die Ressourcen zur Gewichtsreduktion oder Vermeidung von Übergewicht hatten, diese auch nutzten. Diese Dynamik wurde unterstützt von einer Ökonomie der Nicht-Konsumtion als Ware – fettreduzierte Nahrungsmittel, Fitnessstudios etc. –, an der anteilmäßig mehr Wohlhabende teilhatten und haben.

Anders gesagt: In dem Moment, in dem Adipositas ein Marker für geringeres Prestige und geringeren Status in der Gesellschaft wurde, hatten Personen mit mehr Ressourcen eher die Möglichkeiten und Motivation, das Stigma der Fettleibigkeit zu vermeiden. Der Enthusiasmus, mit dem moderate Fettleibigkeit als Risikofaktor, Krankheit und Bedrohung für die Volksgesundheit gefasst wurde, hat den Wohlhabenderen geholfen, die Distanz zwischen sich und den weniger vom Glück Begünstigten zu vergrößern. Folglich kann man sogar die Medikalisierung von moderatem Übergewicht teilweise als Framing-Mechanismus für das Signalisieren und Aufrechterhalten sozialer Differenz auffassen. In unseren säkularen Gesellschaften, die Gesundheit als transzendenten Wert verehren, gibt es vielleicht keine bessere Art, eine verhaltensbezogene oder andere Differenz zu stigmatisieren, als sie mit schlechter Gesundheit zu assoziieren. Dies sind makrosoziale Determinanten, die nicht bewusst geäußert und verhandelt werden müssen.⁴ Diese neuen Entwicklungen haben, wie das Verschlucken des R, eher etwas Vor-Bewusstes. Es ginge aber an der Dynamik, die die ›Ungleichheit‹ aufrechterhält, vorbei, wenn wir die Gewichtszunahme verschiedener gesellschaftlicher Gruppen als bloßes Resultat ihrer materiellen Lebensumstände oder von kultureller Differenz betrachten würden. Die Interaktionen zwischen

4 | Siehe Bourdieu (1984) für eine umfassende soziologische Analyse des »kulturellen Konsums« und seiner sozialen Funktionen und Rollen bei der Legitimierung sozialer Differenz.

der Weise, in der schlechte Gesundheit gefasst wird, sozialen Dynamiken und ungleichem Zugang zu Ressourcen könnten auch zum Auftreten und Fortdauern von Ungleichheiten bei Adipositas und anderen Gesundheitsproblemen beitragen; ebenso legen sie scheinbar kontra-intuitive politische Reaktionen nahe, etwa ein verringertes Ausmaß der Medikalisierung und Stigmatisierung von moderatem Übergewicht.

III

Die Framing-Mechanismen, die ich oben beschrieben habe, erklären vielleicht nur einen Bruchteil der gesellschaftlichen Verteilung von Gesundheit und Krankheit. Sie könnten auch an einem Strang ziehen mit direkteren, materiellen Mechanismen. So nahm beispielsweise die Inzidenz von Brustkrebs in den USA und anderen sich industrialisierenden Staaten im 19. und frühen 20. Jahrhundert wahrscheinlich deutlich zu. Die wahrscheinlichsten Erklärungen sind sozio-materieller Art, das heißt, eine Reihe von demografischen und anderen sozialen Faktoren, die zusammengenommen über eine gesamte Lebensspanne zu längeren Menstruationszyklen und einer erhöhten Östrogen-Exposition führten. Eine bessere Ernährung trug zu einem niedrigeren Durchschnittsalter bei der Menarche und einem höheren Durchschnittsalter bei der Menopause bei; ein höheres Maß an reproduktiver Selbstbestimmung, ökonomischer Fortschritt und andere Veränderungen führten zu dramatisch verringerter Fruchtbarkeit und einem höheren Alter bei der ersten Geburt. Doch kann man mit gutem Grund mutmaßen, dass die steigenden Inzidenzraten später im 20. Jahrhundert eher durch Framing-Mechanismen als durch Veränderungen in den materiellen Lebensbedingungen eingeleitet und aufrechterhalten worden sind: Aufklärungs- und Screening-Kampagnen, Veränderungen bei der Definition von Krebs, veränderte diagnostische Schwellen und eine erhöhte Angst vor Krebs (vgl. Aronowitz 2007).

Das Auftreten und die Verbreitung der Borreliose in den USA in den 1970er-Jahren resultierte wahrscheinlich aus einer ähnlichen Gemengelage von materialistischen Umwelt- und Framing-Effekten (Aronowitz 1991: 79-112). Was oft als die Entdeckung einer neuen Krankheit verstanden wurde, erwies sich

bei genauerem Hinschauen eher als die Neufassung älteren Wissens unter neuen und spezifischen Bedingungen. Aber die veränderten sozialen und Umweltbedingungen erlaubten das Framing von Borreliose als einer neuen Krankheit. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben Mutmaßungen darüber angestellt, wie die Verschiebung in der Landnutzung von agrarischer Nutzung hin zu Vorstädten zu einer erhöhten Zahl von unmittelbaren Wirten für die Zecken führte, die die Borreliose-Spirochäten trugen. Neue Muster in der Inzidenz einer Krankheit entstanden also über materielle Mechanismen, das heißt durch die ökologischen Effekte neuer Typen von Gemeinwesen. Diese Muster beeinflussten dann in der Folge die Art, in der medizinisches Wissen konstruiert wurde, in diesem Fall also die Konstruktion der Borreliose als etwas Neues. Die Angst und Aufmerksamkeit, die eine neue Krankheit auf sich zog, beeinflussten die Muster der Diagnose (viele neue Diagnosen und die Schaffung der kontroversen Patientenschaft mit chronischer Borreliose) und neue medizinische Reaktionen.

Können wir etwas Nützliches aus diesen parallelen und interagierenden Prozessen ziehen? Wir könnten uns kritischer mit der gesellschaftlichen und politischen Aufmerksamkeit, die manchen gesundheitlichen Ungleichverteilungen zukommt, auseinandersetzen. Ich habe vorgeschlagen, dass manche Ungleichheiten bei in hohem Maße sichtbaren, moderaten Gesundheitsproblemen, wie mäßigem Übergewicht, ihre eigene Dynamik haben könnten, unabhängig von und zusätzlich zu den materiellen Determinanten der Inzidenz. Mit anderen Worten: Eben die Ungleichheit selbst ist wichtig, und sie wird aufrechterhalten von verschiedenen Arten von Entscheidungen, Investitionen und Einstellungen. Ungleichheit auf diese Weise zu verstehen hilft uns, unsere begrenzten klinischen und finanziellen Ressourcen im Gesundheitsbereich zu priorisieren und medizinische Kategorien, die so bereits benachteiligte Gruppen und Individuen noch weiter stigmatisieren, zu vermeiden.

Ein Beispiel für die ›positive‹ Rolle der Betonung von Framing als Mechanismus zeigt sich im sozialen Verteilungsmuster von Bluthochdruck in den heutigen USA. Im Gegensatz zur Situation bei anderen gesundheitlichen Problemen und trotz der offensichtlichen Ungerechtigkeiten bei Zugang zu und der Qualität von medizinischer Versorgung, ist die Wahrscheinlichkeit, korrekt diagnostiziert und behandelt zu werden, für

Afro-Amerikaner höher als für europäischstämmige Amerikaner (allerdings gibt es trotzdem weiterhin signifikante und verstörende Ungleichverteilungen bei der zugrunde liegenden Inzidenz von Bluthochdruck, verursacht zum Teil durch Unterschiede bei der Ernährung und körperlicher Betätigung und ihrer verschiedenen Determinanten sowie bei der Kontrolle von Bluthochdruck; Hertz et al. 2005). Eine mögliche Erklärung für das ›positive‹ Muster ist, dass frühere Gesundheitsaufklärungskampagnen, die auf die afro-amerikanische Community und Ärztinnen und Ärzte aus dieser ausgerichtet waren, funktioniert haben und sich selbst aufrechterhalten haben, indem sich sowohl die medizinische wie öffentliche Überzeugung darüber veränderte, wer das Risiko trage. Das relativ kleine Stigma, das Bluthochdruck anhaftet, sowie seine Unsichtbarkeit bedeuteten auch, dass die Chance für die Herausbildung einer sozialen Dynamik, wie ich sie bei der Aufrechterhaltung von ethnischen und Klassenunterschieden bei der Prävalenz von Adipositas beschrieben habe, geringer war. Eine Konsequenz dieser begrenzten Umkehrung des typischen Musters bei gesundheitlicher Ungleichheit ist, dass man eine unnötige Stigmatisierung beim Framing eines Risikofaktors oder einer Krankheit vermeiden sollte und dass man in gleichem Maße einen breiten Zugang zu einer gesundheitlichen Grundversorgung schaffen sollte. Zugleich wird der weitere Fortschritt bei der Verringerung von Ungleichverteilungen in der zugrunde liegenden Bluthochdruckinzidenz wahrscheinlich vom Fortschritt bei den materiellen Bedingungen und der Gesundheitsversorgung von benachteiligten Gruppen abhängen.

Die Konzeptualisierung einiger Framing-Phänomene als ätiologisch legt auch neue Ansätze für umstrittene Verbindungen auf der Umwelt- und Populationsebene nahe. Eine aktuelle, prospektive Beobachtungsstudie der weithin wahrgenommenen, aber umstrittenen Verbindung zwischen psychologischem Stress und Herzerkrankungen kam zu dem Schluss, dass die scheinbar positive Korrelation zu einem großen Teil auf Erinnerungsfehlern beruhte: das Ausmaß von selbst berichtetem Stress war mit der Wahrscheinlichkeit einer Angina Pectoris (die als Symptom selbst komplex, aber ebenfalls selbst berichtet war) korreliert, aber nicht mit objektiveren kardiovaskulären Messwerten (Macleod et al. 2002: 1247-1251). Solche Studien, die im Allgemeinen einfach als Entlarfung falscher Zusam-

menhänge verstanden werden, könnten zugleich der Anfang anstatt das Ende von wichtigen ätiologischen Untersuchungen auf der Bevölkerungsebene sein. Gibt es soziale, ökonomische, linguistische, symbolische oder normative Einflüsse auf die Wahrnehmung von Brustschmerzen bei Männern und Frauen und auf ihr gesundheitsbezogenes Verhalten, die vielleicht zu säkularen Trends, sozialen Ungleichverteilungen und den klinischen Erscheinungsformen von Angina Pectoris beitragen? Können wir Gesundheit beeinflussen, indem wir unsere diagnostischen Definitionen und Praktiken, unsere Überzeugungen über Gesundheit und unsere aggregierten Wahrnehmungen von Krankheit verändern?

Das Fokussieren sowohl auf die Framing-Effekte wie auch auf die materiellen und psychosozialen Ursachen könnte auch hilfreich sein für das, was wir die Krise der Alltagsepidemiologie nennen könnten. Wir werden bombardiert von sich oft widersprechenden relativen Risiken aller Arten von Umweltgiften, Verhaltensweisen, Diätregime und Lebensstilen. Die Wurzeln dieses Problems wurden auf die Unzulänglichkeiten epidemiologischer Methoden bei der Lösung dieser Fragen zurückgeführt (Taubes 1995: 164-169). Wir müssen aber auch in systematischerer Weise fragen und verstehen, warum einige Verbindungen untersucht und als Gesundheitsrisiken etikettiert werden und andere nicht. Das Wissen um den Einfluss von Framing wie von materiellen Umständen auf die soziale Verteilung von Gesundheit und Krankheit ist notwendig, wenn wir Investitionen in Forschung und politische Maßnahmen auf eine intelligente Art ausbalancieren wollen – zwischen dem Gesundheitswesen und allen anderen Bereichen, und innerhalb des Gesundheitswesens zwischen heilenden und präventiven Maßnahmen sowie zwischen der individuellen und der Populationsebene.

Literatur

Aronowitz, Robert A. (1991): »Lyme disease: the emergence and social construction of a new disease«. *The Milbank Quarterly* 69, S. 79-112.

Aronowitz, Robert A. (2001) »Do not delay: breast cancer and time, 1900-1970«. *The Milbank Quarterly*, 79(3), S. 355-386.

- Aronowitz, Robert A. (2006): »Situating health risks«. In: R. Burns/R. Stevens/C. Rosenberg (Hg.): American health care history and policy: Putting the past back in, New Brunswick: Rutgers University Press, S. 153-175.
- Aronowitz, Robert A. (2007): Unnatural history: Breast cancer and American society, Cambridge, UK/New York: Cambridge University Press.
- Becker, Howard S. (1963): Outsiders, New York: Free Press.
- Bourdieu, P. (1984): »Distinction: A social critique of the judgement of taste«. Cambridge: Harvard University Press.
- Brandt, A. M. (2007): »The cigarette century: The rise and fall of the drug that defined America«. New York: Perseus Book Group.
- Cunningham, J./Dockery, D. W./Speizer, F. E. (1996): »Race, asthma, and persistent wheeze in Philadelphia Schoolchildren«. American Journal of Public Health 86 (10), S. 1406-1409.
- Farmer, Paul (1999): Infections and inequalities: The modern plagues, Berkeley: University of California Press.
- Feinstein, A. R./Sosin, D. M./Wells, C. K. (1985): »The Will Rogers phenomenon. Stage migration and new diagnostic techniques as a source of misleading statistics for survival in cancer«. New England Journal of Medicine 312, S. 1604-1608.
- Gergen, Peter (1996): »Social class and asthma - distinguishing between the disease and the diagnosis«. American Journal of Public Health 86, S. 1361-1362.
- Greene, J. (2006): »Prescribing by numbers: Drugs and the definition of disease«. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hertz, R. et al. (2005): »Racial disparities in hypertension prevalence, awareness, and management«. Archives of Internal Medicine 165 (18), S. 2098-2104.
- Kempner, J. (2006): »Uncovering the man in medicine: lessons learned from a case study of cluster headache«. Gender and Society 20 (5), S. 632-656.
- Labov, W. (1963): »The social motivation of a sound change«. Word 19, S. 273-309.
- Lynch, J. et al. (2000): »Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial envi-

- ronment, or material conditions«. *British Medical Journal* 320, S. 1199-1204.
- Macleod, J. et al. (2002): »Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men«. *British Medical Journal* 324, S. 1247-1251.
- Rosenberg, Charles E. (1992): »Introduction. Framing disease: illness, society and history«. In: Charles E. Rosenberg/Janet Golden (Hg.): *Framing disease: Studies in cultural history*, New Brunswick, NY: Rutgers University Press, S. xiii-xxvi.
- Rosenberg, Charles E. (1998): »Pathologies of progress: the idea of civilization as risk«. *Bulletin of the History of Medicine* 72 (4), S. 714-730.
- Rosenthal, E. (2006): »Drugs can prevent diabetes in many at high risk, study suggests«. *New York Times*, S. 1.
- Schull, N. (2005): »Digital gambling: the coincidence of desire and design«. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 597 (1), S. 65-81.
- Schwartz, L. M. et al. (2004): »Enthusiasm for cancer screening in the United States«. *Journal of the American Medical Association* 291(1), S. 71-78.
- Taubes, G. (1995): »Epidemiology faces its limits«. *Science* 269, S. 164-169.
- Tesh, S. N. (1988): *Hidden arguments: Political ideology and disease prevention policy*, New Brunswick, NJ/London: Rutgers University Press.
- Tomes, N. (2001): »Merchants of health: medicine and consumer culture in the United States, 1900-1940«. *The Journal of American History* 88 (2), S. 519-547.
- Wilkinson, R. (1996): *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*, London: Routledge.