

Gesundheit und soziale Ungleichheit

Eine Herausforderung für Forschung und Politik

von Thomas Lampert¹ und Andreas Mielck²

ABSTRACT

Auch in einem reichen Land wie Deutschland lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage feststellen. Menschen mit niedrigem Einkommen, Bildungsniveau und Berufsstatus sind nicht nur häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen, sie haben außerdem eine weitaus geringere Lebenserwartung. In einer Gesellschaft, die auf dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit und des sozialen Ausgleichs aufbaut, resultiert daraus ein starker politischer Handlungsdruck. Die Verringerung der sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen kann dabei nicht alleinige Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, sondern betrifft auch andere Handlungsfelder wie zum Beispiel die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Familien- und Sozialpolitik.

Schlüsselwörter: Soziale Ungleichheit, Armut, soziale Gerechtigkeit, Gesundheit, Gesundheitsförderung, Gesundheitspolitik

Even in a rich country like Germany there is a connection between a person's social situation and his or her health. People with low incomes, poor education and low occupational status are not only more likely to suffer from illnesses and complaints, but also have a much shorter life expectancy. In a society based on the principle of social justice and social equity, this situation leads to a strong political pressure to act. Reducing the social inequality of health prospects is not the responsibility of health policy alone, but pertains to other areas as well, such as the labour market and educational, family and social policy.

Keywords: social inequality, poverty, social justice, health, health promotion, health policy

1 Einleitung

Deutschland gehört weltweit zu den Ländern mit dem höchsten Lebensstandard und den am besten ausgebauten sozialen Sicherungssystemen. Seit einigen Jahren wird jedoch verstärkt eine Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse beobachtet und eine damit einhergehende Spaltung der Gesellschaft konstatiert. Belegen lässt sich dies unter anderem mit der wachsenden Armutsbetroffenheit in der Bevölkerung. Allein im Zeitraum 1998 bis 2003 hat der Anteil der Menschen, die in Armut leben oder durch Armut bedroht sind, von 12,1 Prozent auf 13,5 Prozent zugenom-

men. Gleichzeitig ist die Zahl der überschuldeten Haushalte von 2,6 auf 3,1 Millionen gestiegen. Auf der anderen Seite zeichnet sich eine fortschreitende Konzentration des Privatvermögens auf eine immer kleinere gesellschaftliche Gruppe ab. Mittlerweile können die vermögensstärksten 10 Prozent der Haushalte über 47 Prozent des Gesamtvermögens verfügen, während auf die unteren 50 Prozent der Haushalte weniger als 4 Prozent des Vermögens entfallen (BMGS 2005).

Wenn in Deutschland von Armut und sozialer Ungleichheit die Rede ist, werden damit zumeist keine existenziellen

¹Dipl.-Soz. Thomas Lampert, Stellvertretender Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut, Seestraße 10, 13353 Berlin · Telefon: 030 18754-3304, Telefax: 030 18754-3513 · E-Mail: LampertT@rki.de

²Dr. phil., Dipl.-Soz. Andreas Mielck, MPH, Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Postfach 1129, 85758 Neuherberg · Telefon: 089 3187-4460, Telefax: 089 3187-3375 E-Mail: mielck@helmholtz-muenchen.de

Notlagen beschrieben. Gemeint ist vielmehr eine relative soziale Benachteiligung gemessen am mittleren gesellschaftlichen Lebensstandard und Wohlstandsniveau. Von einem Armutrisiko wird gemäß einer auf EU-Ebene erzielten Vereinbarung ausgegangen, wenn das verfügbare Einkommen weniger als 60 Prozent des Mittelwertes beträgt, bezogen auf den Staat, in dem die betreffende Person lebt. Als Berechnungsgrundlage dient das nach der Anzahl der Haushaltsmitglieder und deren eingeschätzten Bedarf gewichtete Haushaltsnettoeinkommen. Ein Anstieg der Armut ist so gesehen selbst dann möglich, wenn der gesamtgesellschaftliche Wohlstand zunimmt und es allen gesellschaftlichen Gruppen besser geht. Die steigende Armut bringt in diesem Fall zum Ausdruck, dass sich der Abstand zwischen dem unteren und dem oberen Ende der sozialen Stufenleiter vergrößert. Relative Armut bedeutet dabei mehr als materielle Nachteile. Ebenso geht es um verminderte Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und eigene Interessen zu verwirklichen. Ausgrenzungserfahrungen, Perspektivlosigkeit und ein vermindertes Selbstwertgefühl beschreiben in einem reichen Land wie Deutschland die Lebenssituation der von Armut betroffenen Gruppen häufig zutreffender als dies über das Einkommen möglich wäre.

Eine besondere gesellschaftliche Herausforderung stellt der durch zahlreiche Studien belegte Zusammenhang zwischen

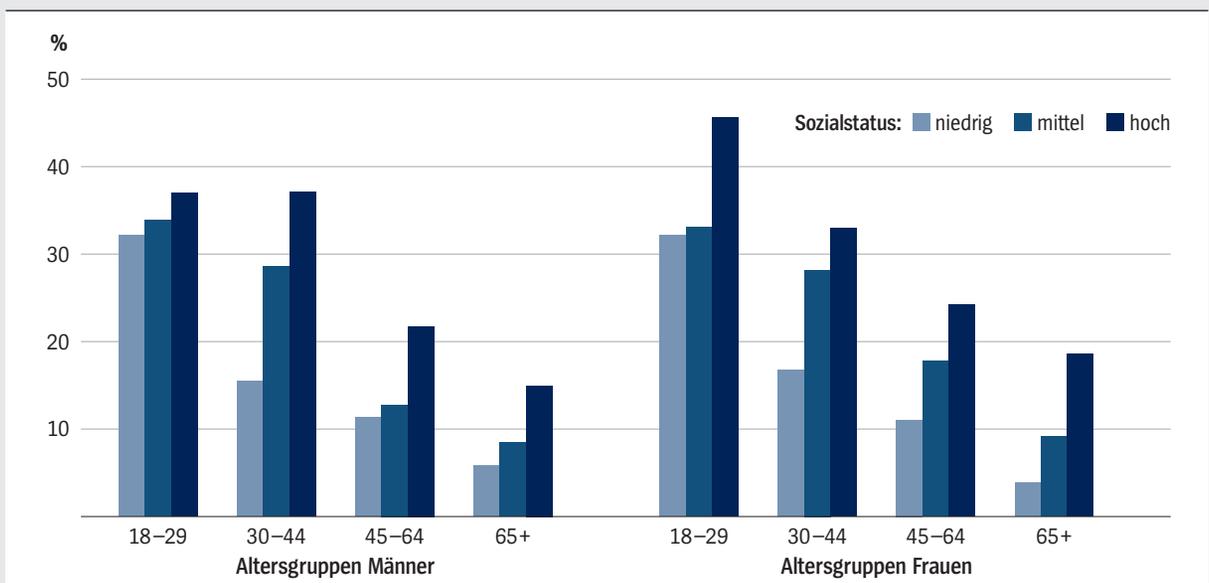
einer sozial benachteiligten Lebenslage und der Gesundheit dar, der auch mit dem Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ umschrieben wird. Personen mit niedrigem Einkommen, Bildungsniveau und Berufsstatus sind weitaus häufiger in ihrer Gesundheit beeinträchtigt und unterliegen einem höheren Sterberisiko (Mielck 2000, 2005; Lampert et al. 2005a; Richter und Hurrelmann 2006). Besonders gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit lassen sich bei einer Häufung von sozialen Nachteilen und einer dauerhaften Ausgrenzung aus gesellschaftlichen Bezügen wie etwa bei Langzeitarbeitslosigkeit feststellen. Im Folgenden werden aktuelle Forschungsergebnisse zum Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit vorgestellt. Um die Befunde für Deutschland einordnen zu können, werden diese im internationalen Vergleich betrachtet. Anschließend werden mögliche Ursachen und Erklärungsansätze erörtert, um damit eine Grundlage für die abschließende Diskussion des Spielraums für politische Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zu schaffen.

2 Empirische Ergebnisse

Mittlerweile erscheinen jedes Jahr etwa 50 Publikationen, in denen empirische Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit berichtet werden. Sie zeigen in weitgehender

ABBILDUNG 1

Anteil der Männer und Frauen mit sehr gutem allgemeinen Gesundheitszustand nach sozialem Status



Quelle: Telefonischer Gesundheitsurvey 2003 (Lampert 2005)

Übereinstimmung, dass eine sozial benachteiligte Lebenslage mit geringeren Gesundheitschancen verbunden ist.

2.1 Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

Mit Daten des telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurde gezeigt, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus ihren allgemeinen Gesundheitszustand im Vergleich zu denjenigen mit mittlerem und insbesondere zu denjenigen mit hohem Sozialstatus seltener als sehr gut bewerten. Für Frauen ließ sich dies in allen betrachteten Altersgruppen feststellen, für Männer spätestens ab dem 30. Lebensjahr (Abbildung 1). Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes war die Chance einer sehr guten Gesundheit bei Männern wie Frauen aus der niedrigen im Vergleich zur hohen Statusgruppe um den Faktor 2,4 verringert (Lampert 2005).

2.2 Chronische Krankheiten und Beschwerden

Auch im Auftreten chronischer Krankheiten und Beschwerden sind statusspezifische Unterschiede zu beobachten. Die Ergebnisse der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), die zwischen 1984 und 1991 durchgeführt wurde, bestätigen dies unter anderem für Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, chronische Bronchitis und Magenge-

schwüre. Die stärkere gesundheitliche Beeinträchtigung von Personen mit niedrigem Sozialstatus lässt sich auch daran festmachen, dass sie häufiger von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffen sind. Von den untersuchten Krankheiten kamen einzig Allergien vermehrt bei den Angehörigen der hohen Statusgruppe vor (Helmert und Shea 1994).

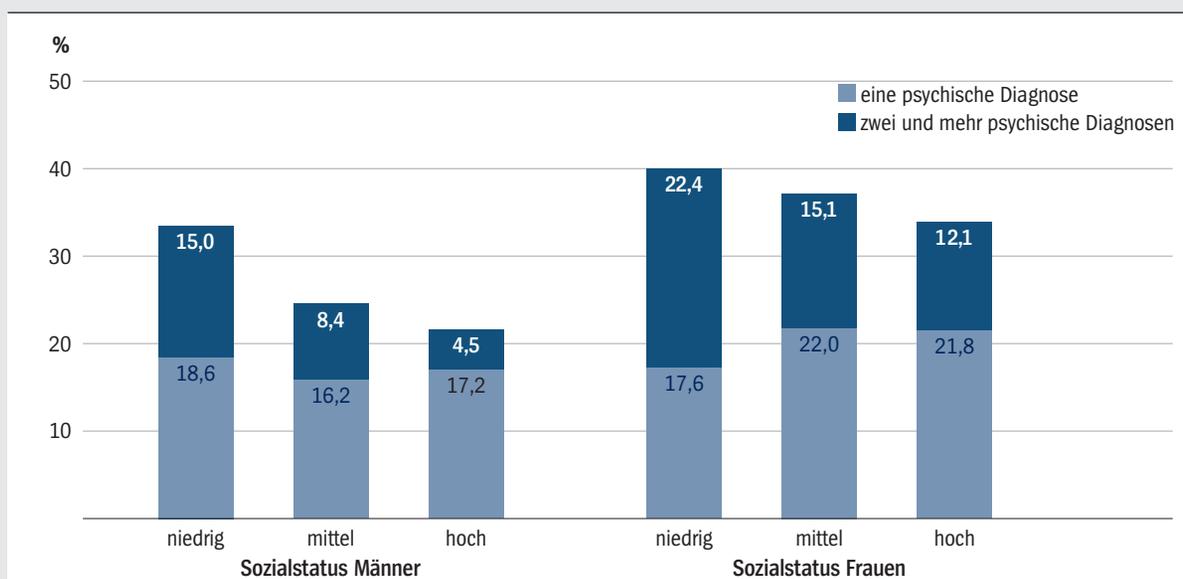
Mit Daten der AOK-Mettmann konnte gezeigt werden, dass Männer mit niedriger schulischer Bildung im Beobachtungszeitraum 1987 bis 1996 viermal häufiger einen Herzinfarkt erlitten als diejenigen mit hoher Bildung. Un- und angelernte Arbeiter unterlagen einem doppelt so hohen Infarktrisiko wie Angestellte und Führungskräfte. Bei Frauen ging nur von der beruflichen Stellung ein signifikanter Einfluss auf das Infarktrisiko aus, der zudem schwächer ausgeprägt war als bei Männern (Geyer und Peter 1999). Eine Auswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse aus den Jahren 1990 bis 2003 bestätigt das höhere Herzinfarktrisiko von Männern mit niedrigem Bildungsniveau und niedrigem Berufsstatus und weist zudem auf ein verstärktes Auftreten von Lungenkrebs und Leberzirrhose in diesen Gruppen hin (Voges et al. 2004).

2.3 Psychische Gesundheit

Der Einfluss sozialer Ungleichheit kommt auch in der psychischen Gesundheit zum Ausdruck. Das machen Ergebnisse

ABBILDUNG 2

Statusspezifische Unterschiede in der 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei 18- bis 65-jährigen Männern und Frauen



Quelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 – Zusatzmodul „Psychische Störungen“ (Lampert et al. 2005b)

des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ zum Bundes-Gesundheitssurveys 1998 deutlich, die sich auf affektive, somatoforme, Angst- und Substanzstörungen beziehen. Männer und Frauen mit niedrigem sozialen Status sind demnach deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen, was sich auch im gleichzeitigen Auftreten mehrerer Störungsbilder festmachen lässt (Abbildung 2). Eine nach Störungsgruppen differenzierende Betrachtung ergab bei Männern deutliche statusspezifische Unterschiede im Auftreten affektiver, somatoformer und Angststörungen. Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes war die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Störungen in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Statusgruppe 1,9- bis 2,6-fach erhöht. Frauen aus der unteren Statusgruppe sind insbesondere von affektiven Störungen häufiger betroffen. Auch bei den insgesamt seltener vorkommenden Substanzstörungen zeigten sich Statusunterschiede, die statistisch aber nicht signifikant waren (Lampert et al. 2005b).

2.4 Gesundheitsriskanter Lebensstil

Bei der Entstehung chronischer Krankheiten und Beschwerden kommt den verhaltensbezogenen Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel große Bedeutung zu. Zahlreiche Studien liefern Hinweise darauf, dass die höhere Krankheitsbelastung der niedrigen Statusgruppen teilweise auf einen gesundheitsriskanteren Lebensstil zurückzuführen ist (Helmert 2003; Nocon et al. 2007). Eine Schlüsselrolle scheint dabei die Bildung zu spielen, die im

engen Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Einstellungen, Wahrnehmungen und Überzeugungen zu sehen ist. Die Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zeigen hierzu, dass Personen mit Hauptschulabschluss deutlich häufiger rauchen, übergewichtig sind und keinen Sport treiben als Personen mit Abitur. Zwischen Personen mit mittlerer Reife und Abitur zeigen sich vergleichbare Unterschiede, so dass von einem Bildungsgradienten in der Verbreitung der verhaltensbezogenen Risikofaktoren gesprochen werden kann. Beispielsweise zeigt sich, dass Männer mit Hauptschulabschluss 1,8-mal und Männer mit mittlerer Reife 1,6-mal häufiger rauchen als diejenigen mit Abitur (Tabelle 1).

2.5 Mortalitätsrisiko/Lebenserwartung

Das häufigere Auftreten von Krankheiten und Risikofaktoren in den unteren Statusgruppen korrespondiert mit einer höheren Mortalität. Aufschluss hierüber gibt eine Studie zu Einkommensunterschieden in der Lebenserwartung, die auf Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) aus den Jahren 1995 bis 2005 basiert (Lampert et al. 2007). Demnach unterliegen Männer und Frauen, deren Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze liegt, einem im Verhältnis zur höchsten Einkommensgruppe um das 2,7- beziehungsweise 2,4-fach erhöhten Mortalitätsrisiko. Diese Unterschiede spiegeln sich auch in der Lebenserwartung wider. Die mittlere Lebenserwartung bei der Geburt von Männern der niedrigsten Einkommensgruppe beträgt 70,1 Jahre, die von Männern

TABELLE 1

Rauchen (aktuell), Übergewicht (Body Mass Index > 25) und sportliche Inaktivität nach Schulbildung bei Männern und Frauen ab 18 Jahre

	Schulbildung	Rauchen		Übergewicht		sportliche Inaktivität	
		OR	95%-KI	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Männer	Hauptschulabschluss	1,84	1,55–2,19	1,53	1,28–1,83	2,01	1,70–2,36
	Mittlere Reife	1,56	1,31–1,84	1,30	1,10–1,54	1,57	1,33–1,85
	Abitur (Referenzgruppe)	1,00		1,00		1,00	
Frauen	Hauptschulabschluss	2,28	1,86–2,80	2,39	1,98–2,87	2,03	1,71–2,42
	Mittlere Reife	1,64	1,37–1,96	1,61	1,36–1,90	1,37	1,16–1,61
	Abitur (Referenzgruppe)	1,00		1,00		1,00	

Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (Lampert 2005)

OR: Altersadjustierte odds ratio 95%-KI: 95%-Konfidenzintervalle zu den odds ratio

TABELLE 2

Lebenserwartung bei der Geburt und ab einem Alter von 65 Jahren nach Einkommensposition (in Jahren)

Einkommensposition ¹	Lebenserwartung Männer		Lebenserwartung Frauen	
	bei Geburt	ab 65 Jahre	bei Geburt	ab 65 Jahre
< 60%	70,1	12,3	76,9	16,2
60–80%	73,4	14,4	81,9	19,8
80–100%	75,2	15,6	82,0	19,9
100–150%	77,2	17,0	84,4	21,8
> 150%	80,9	19,7	85,3	22,5
Gesamt	75,3	15,7	81,3	19,3

¹Einkommensposition in Relation zum gesellschaftlichen Mittelwert (Median). Berechnungsgrundlage ist das bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen, wobei die Bedarfsgewichtung entsprechend der neuen OECD-Skala vorgenommen wird.

Quelle: Sozio-oekonomisches Panel und Peridiensterbefragungen 1995–2005 (Lampert et al. 2007)

der höchsten Einkommensgruppe 80,9 Jahre. Bei Frauen belaufen sich die entsprechenden Werte auf 76,9 und 85,3 Jahre. Auch in der ferneren Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren zeichnen sich die Einkommensunterschiede deutlich ab (Tabelle 2).

2.6 Internationaler Vergleich

Die deutschen Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit entsprechen weitgehend denen aus anderen Ländern. Beispielweise belegte eine Untersuchung, die sich auf Daten aus Finnland, Dänemark, Großbritannien, Frankreich, Italien, Spanien, Belgien und die Niederlande stützt, deutlich ausgeprägte soziale Unterschiede im Vorkommen von Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes mellitus, Arthritis, Osteoarthritis sowie Erkrankungen des Nervensystems, der Atemwege und der Verdauungsorgane. Keine Unterschiede zeigten sich bei Nieren- und Hauterkrankungen (Dalstra et al. 2005). Uneinheitlich sind die Ergebnisse zu Krebserkrankungen. Während Lungen- und Magenkrebs häufiger in den unteren Statusgruppen auftraten, waren Hautkrebs und bei Frauen auch Brust- und Gebärmutterhalskrebs stärker in den sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen verbreitet (Mackenbach 2006).

2.7 Zeitliche Entwicklung

Angesichts der Auseinanderentwicklung der Lebensbedingungen und der Zunahme sozialer Ungleichheit stellt sich die Frage, wie sich dies auf die sozial ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken auswirkt.

Anhaltspunkte hierzu liefert eine europäische Vergleichsstudie zu Einkommensunterschieden in der Selbsteinschätzung der Gesundheit (Tabelle 3). Demnach lässt sich für Finnland, Schweden, Großbritannien, die Niederlande und Deutschland (West) feststellen, dass die Unterschiede im Verlauf der 1980er und 1990er Jahre weiter zugenommen haben (Kunst et al. 2005). Auch andere Studien sprechen dafür, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit eher ausweitet als verringert. Sehr deutlich zeigt sich dies für den Tabakkonsum, der in vielen Ländern in den höheren Statusgruppen rückläufig ist, während er in den unteren Statusgruppen auf hohem Niveau stagniert (Giskes et al. 2005).

3 Erklärungsansätze

Mittlerweile sind empirische Belege für den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit nur noch von begrenztem Neuigkeitswert; sie bestätigen vor allem einen bereits hinlänglich bekannten und weitgehend akzeptierten Sachverhalt. In den letzten Jahren ist deshalb die Frage in den Mittelpunkt gerückt, wie die beobachtete gesundheitliche Ungleichheit erklärt und wie ihr politisch begegnet werden kann. Der Blick richtet sich damit auf die Mechanismen und Prozesse, die für die ungleiche Verteilung des Krankheits- und Sterbeschehens verantwortlich sind. Die meisten Forscher sind sich darin einig, dass zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit die Beziehungen zwischen einer Vielzahl materieller, psychosozialer und verhaltensbezogener Faktoren berücksichtigt werden müssen

TABELLE 3

Zeitliche Entwicklung der Einkommensunterschiede in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung in Deutschland und vier anderen europäischen Ländern

Einkommensunterschiede ¹	Männer		Frauen	
	1980er Jahre	1990er Jahre	1980er Jahre	1990er Jahre
Deutschland (West)	1,79 (1,33–2,39)	2,05 (1,55–2,72)	2,11 (1,53–2,91)	2,40 (1,81–3,18)
Schweden	3,93 (3,45–7,15)	4,11 (2,82–6,04)	2,16 (1,48–3,16)	2,80 (1,92–4,09)
Finnland	2,92 (2,29–3,71)	3,09 (2,42–3,94)	2,65 (2,09–3,35)	2,43 (1,86–3,18)
Großbritannien	3,65 (2,83–4,70)	3,88 (3,09–4,88)	3,12 (2,49–3,92)	3,92 (3,21–4,79)
Niederlande	3,68 (3,00–4,50)	4,50 (3,66–5,52)	2,21 (1,84–2,67)	3,01 (2,49–3,63)

¹Dargestellt sind altersadjustierte odds ratio mit 95%-Konfidenzintervalle: Risiko eines mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustandes in der niedrigsten im Verhältnis zur höchsten Einkommensgruppe.

Quelle: Kunst et al., 2005

(Mielck 2005; Mackenbach 2006). Besondere Bedeutung wird dabei der sozialen Integration, den Arbeitsbedingungen, den Wohnverhältnissen, der gesundheitlichen Versorgung und dem gesundheitsrelevanten Verhalten beigemessen.

3.1 Soziale Integration

Im Zusammenhang mit der sozialen Integration wird zuvorderst die Beteiligung an der Erwerbsarbeit beziehungsweise die Lebenslage von Arbeitslosen diskutiert. Der Verlust des Arbeitsplatzes führt oftmals zu einem Rückzug aus sozialen Bezügen und einer Verminderung des Selbstwertgefühls. Entsprechend werden bei Langzeitarbeitslosen vermehrt gesundheitliche Probleme, insbesondere psychische Störungen und Erkrankungen, sowie eine gesundheitsriskante Lebensführung festgestellt (Schwartz und Grobe 2003). Neben den Arbeitslosen stellen geringfügig und kurzfristig Beschäftigte eine Bevölkerungsgruppe dar, die aufgrund eines niedrigen Einkommens sowie eines unsicheren Vertragsverhältnisses erhebliche Abstriche in der gesellschaftlichen Teilhabe machen muss („working poor“).

3.2 Arbeitsbedingungen

Innerhalb der Gruppe der Beschäftigten sind die zum Teil sehr unterschiedlichen Arbeitsbedingungen zu berücksichtigen. Personen mit geringer beruflicher Qualifikation sind an ihren Arbeitsplätzen häufiger stärkeren gesundheitlichen

Belastungen und Gefährdungen ausgesetzt. Dies gilt beispielsweise für körperlich schwere Arbeit, Nacht-, Schicht- oder Akkordarbeit, Unfallgefahren, Schadstoffexpositionen sowie Lärmwirkungen (Oppolzer 1994). Auch psychosoziale Belastungen, etwa infolge monotoner Arbeitsabläufe, Konflikten mit Kollegen oder Vorgesetzten sowie hoher Arbeitsanforderung in Kombination mit geringer Handlungskontrolle oder ausbleibender Gratifikation, sind in statusniedrigen Berufsgruppen besonders stark verbreitet. Kardiovaskuläre Krankheiten wie Herzinfarkt oder Hypertonie, die in enger Beziehung zu anhaltenden Stressbelastungen stehen, sind folglich schon lange keine „Managerkrankheiten“ mehr, sondern betreffen insbesondere Personen mit niedrigem beruflichen Status (Siegrist 1996; Peter 2005).

3.3 Wohnbedingungen

Die nachteiligen Wohnbedingungen der unteren Statusgruppen lassen sich unter anderem an weniger Wohnraum und einem schlechteren Wohnungsstandard festmachen. Gravierende Wohnungsmängel wie feuchte Wände, Schimmel, Zugluft oder hohe Schadstoffbelastungen finden sich bei ihnen weitaus häufiger als in den Wohnungen sozial besser gestellter Bevölkerungsgruppen. Für die Gesundheit sind aber nicht nur die Bedingungen innerhalb der Wohnung relevant, sondern auch die Beschaffenheit des Wohnumfeldes. Sozial benachteiligte Wohngebiete sind durch weniger Grün- und Freiflächen, ein höheres Verkehrsaufkommen

und eine schlechtere soziale und kulturelle Infrastruktur charakterisiert. Die Luftverschmutzung ist höher als in sozial besser gestellten Wohngebieten. So sind Arbeiter an ihrem Wohnort häufiger Staub-, Schwefeloxid- und Fluorionen-Immissionen ausgesetzt als Angestellte oder Selbstständige (Heinrich et al. 1998).

3.4 Gesundheitliche Versorgung

Die Bedeutung des medizinischen Versorgungssystems als Ort der Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheit wurde in Deutschland lange Zeit als überaus gering eingeschätzt. Begründet wurde dies vor allem mit dem gesetzlich geregelten Versorgungsanspruch und dem Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. In den letzten Jahren bröckelt die Solidargemeinschaft aber zusehends. Immer mehr Menschen mit hohem Einkommen versichern sich privat, und auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Konzentration der Besserverdienenden in bestimmten Kassen zu beobachten. Außerdem hat die Bedeutung von Zuzahlungen und privaten Finanzierungen medizinischer Leistungen zugenommen, was trotz Härtefallregelungen eine zusätzliche finanzielle Belastung insbesondere für einkommensschwächere Gruppen bedeutet. Da die Eigenbeteiligungen im internationalen Vergleich nach wie vor gering ausfallen und nicht die grundlegenden Versorgungsleistungen betreffen, ist aber unwahrscheinlich, dass Versorgungsdefizite einen substantiellen Beitrag zur Erklärung der höheren Krankheitslast und vorzeitigen Sterblichkeit in den unteren Statusgruppen leisten.

3.5 Gesundheitsrelevantes Verhalten

Dem individuellen Gesundheitsverhalten hingegen wird im Hinblick auf die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit große Bedeutung beigemessen. Neben gesundheitsriskanten Verhaltensgewohnheiten wie Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und Bewegungsmangel sind die Ernährung und die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu beachten. Für Personen mit geringem Einkommen und niedriger Bildung lässt sich feststellen, dass sie zu fett, zu süß und vor allem zu viel essen. Entsprechend häufiger treten Übergewicht und Adipositas in diesen Gruppen auf (Mensink et al. 2005; Heindl 2007). Soziale Unterschiede im präventiven Verhalten lassen sich zum Beispiel für die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und dem Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder belegen (Lampert et al. 2005; Scheffer et al. 2006). Bei jeder Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit, die am Gesundheitsverhalten ansetzt, sollte jedoch beachtet werden, dass dieses nicht allein von individuellen Entscheidungen abhängt, sondern auch von den Lebensumständen der Menschen und den dadurch geprägten Einstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen.

3.6 Gesundheitsbezogene soziale Mobilität

Die bisher vorgestellten Erklärungsansätze gehen allesamt davon aus, dass der soziale Status einen Einfluss auf die Gesundheit ausübt, das heißt Armut krank macht. Gesundheitliche Ungleichheit könnte aber auch dadurch zustande kommen, dass die Gesundheit eine wichtige Bestimmungsgröße für die individuelle Position auf der sozialen Stufenleiter ist, also Krankheit in Armut führen kann. Verantwortlich hierfür könnte sein, dass Personen, die mit einer schwerwiegenden Krankheit oder Behinderung leben müssen, deutlich schlechtere Ausbildungs-, Erwerbs- und Aufstiegschancen haben. Ebenso kann gezeigt werden, dass lang andauernde Gesundheitsprobleme und damit verbundene Arbeitsunfähigkeit ein häufiger Kündigungsgrund sind. Ob dies die Möglichkeit eines folgenschweren sozialen Abstiegs einschließt, wird aber kontrovers diskutiert. Eine der wenigen Untersuchungen zu dieser Frage kam zu dem Ergebnis, dass sich eine Verschlechterung des Gesundheitsstatus in Einkommensverlusten niederschlägt, der umgekehrte Einfluss, also die Auswirkung von Einkommenseinbußen auf die Gesundheit, aber deutlich stärker zutage tritt (Thiede und Straub 1997).

4 Interventionsmöglichkeiten

Die Möglichkeiten einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit werden in Deutschland erst seit kurzem diskutiert. Im Allgemeinen können zwei Handlungsansätze unterschieden werden: zum einen die Bekämpfung von Armut und sozialer Ungleichheit, zum anderen die gezielte Förderung der Gesundheit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Die politische Bekämpfung von Armut und sozialer Ungleichheit beinhaltet dabei weitaus mehr als staatliche Transferleistungen, zumal diese häufig nicht ausreichen, um eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sicherzustellen. Da Arbeitslosigkeit die Hauptursache von Armut ist, muss eine Politik des sozialen Ausgleichs zuvor der an der Schaffung von Arbeitsplätzen und der Integration von Arbeitslosen in den Arbeitsmarkt ansetzen. Neben allgemeinen beschäftigungspolitischen Maßnahmen erscheinen angesichts sich wandelnder Wirtschaftszweige, Technologien und Berufsstrukturen neue Programme zur beruflichen Qualifizierung, Weiterbildung und Umschulung erforderlich zu sein. Dies schließt flexible Arbeitszeitregelungen ein, die für bestimmte Bevölkerungsgruppen wie zum Beispiel allein erziehende Mütter eine wichtige, bisweilen sogar notwendige Voraussetzung sind, um Beruf und Familie miteinander zu vereinbaren. Gefordert ist in diesem Zusammenhang auch die Familienpolitik, die entsprechende Angebote der Kinderbetreuung unterbreiten sollte. Der geplante Ausbau der Krippenplätze und die Einführung der Ganztagschu-

len sind als wichtige Schritte in diese Richtung zu verstehen. Mit ihnen ist zudem die Möglichkeit verbunden, Sozialisations- und Entwicklungsdefiziten, die vermehrt bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien festzustellen sind, frühzeitig entgegenzuwirken. Die Investition in die Bildung der heranwachsenden Generation kann auch mit Blick auf die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit als eine der wichtigsten Maßnahmen erachtet werden.

Die Bekämpfung von Armut und sozialer Ungleichheit, die sich auf eine Vielzahl weiterer Handlungsfelder wie etwa den Wohnungsbau, die Stadtplanung, die Verkehrs- und Umweltpolitik sowie die Integration von Migranten erstreckt, erfordert fundamentale strukturelle Veränderungen, die nur über langfristige gesellschaftliche Aushandlungsprozesse zu erreichen sind. Eine gezielte Förderung der Gesundheit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen könnte sich schneller in einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit niederschlagen. Entsprechend häufig ist sie Gegenstand politischer Handlungsempfehlungen. So weist die Gesundheitsministerkonferenz der Länder regelmäßig auf die Notwendigkeit einer zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung hin. Auch mit Blick auf die medizinische Versorgung wird gefordert, stärker auf die Bedarfslagen sozial benachteiligter Gruppen einzugehen¹. Ähnliche Empfehlungen finden sich in den Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Dabei wird zu Bedenken gegeben, dass viele der derzeit vorhandenen Angebote an den sozial Benachteiligten vorbeigehen oder von diesen nur unzureichend in Anspruch genommen werden². Eine wichtige Referenz für Bemühungen um eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von sozial Benachteiligten stellt der im Jahr 2002 in Kraft getretene Paragraf 20 Sozialgesetzbuch V dar. Dieser fordert die gesetzlichen Krankenkassen zu primärpräventiven Leistungen auf, die „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“³. Kritisch anzumerken ist, dass sich die meisten Krankenkassen darauf beschränken, Gesundheitskurse zu finanzieren und bislang kaum aussagekräftige Informationen darüber vorliegen, inwieweit durch diese Angebote auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreicht werden.

Einzelne Aktivitäten heben sich aber von der allgemeinen Praxis positiv ab. Dazu zählt das kassenübergreifende Projekt „gesund leben lernen“, das sich um die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Umfeldes an Schulen bemüht und einen klaren Bezug zur Forderung nach einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit aufweist. Hinzuweisen ist ferner auf den von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) koordinierten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, dem neben einer Reihe anderer Akteure fast alle Spitzenverbände der Krankenkassen angehören (BZgA 2007). Der Kooperationsverbund verfolgt das Ziel einer Vernetzung von

Projekten und Initiativen der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung und einer Identifizierung von Beispielen guter Praxis anhand eindeutig formulierter Kriterien. Dazu wurde eine ständig aktualisierte Online-Datenbank aufgebaut, die mittlerweile Informationen zu 1.400 Projekten umfasst⁴, sowie in den 16 Bundesländern ein „Regionaler Knoten“ eingerichtet, der der Vernetzung der Akteure vor Ort dient.

5 Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine nachhaltige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit nur durch ein breites Spektrum aufeinander abgestimmter politischer Maßnahmen zu erreichen ist. Erforderlich erscheint eine umfassende Handlungsstrategie, die in den verschiedenen Politikbereichen konsequent umgesetzt wird. Eine solche Strategie gibt es in Deutschland bislang nicht. Lohnend erscheint ein Blick in Länder, in denen die Entwicklung weiter vorangeschritten ist. So wird in England seit dem Jahr 2003 das Aktionsprogramm „Tackling Health Inequalities: A Program for Action“ durchgeführt, das von zwölf Ministerien unterstützt wird und das Ziel verfolgt, die Mortalitätsunterschiede zwischen der niedrigsten und höchsten Statusgruppe bis zum Jahr 2010 um zehn Prozent zu verringern (*Department of Health 2003*). Im gleichen Jahr wurde in Schweden das Gesetz „Sweden’s New Public Health Policy“ verabschiedet, das den Schwerpunkt auf intersektorale und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen zu drei übergeordneten Zielbereichen legt: Verringerung der sozialen Ungleichheit, Schaffung gesunder Lebensumwelten und Förderung einer gesunden Lebensweise (*Agren 2003*). Auch in den Niederlanden, Norwegen, Irland und Schottland gibt es inzwischen umfassende Aktionsprogramme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, die zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Diskussion in Deutschland liefern.

Die Erfahrungen aus den anderen Ländern lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- Es bedarf eines klaren „commitment“ der Politik, das heißt der Bereitschaft zur praktischen Umsetzung des Ziels „Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit“. Möglich wird dies nur durch Vernetzung aller Politikbereiche und Bereitstellung der notwendigen finanziellen Ressourcen.
- Personen, deren Gesundheit verbessert werden soll, müssen frühzeitig in die Planung und Durchführung der Maßnahmen eingebunden werden. Ohne diese Partizipation ist zu befürchten, dass die Maßnahmen an den wahren Ursachen der gesundheitlichen Probleme vorbei geplant werden, sie nur auf geringe Akzeptanz stoßen und möglicherweise sogar zu einer Verstärkung der Diskriminierung beitragen.

- Die Gefahr von Diskriminierung ist besonders groß, wenn das individuelle Gesundheitsverhalten in den Mittelpunkt gestellt wird. Es reicht nicht aus, die Personen am unteren Ende der Einkommensskala darüber zu informieren, wie schädlich das Rauchen ist. Vielmehr muss bei den Motiven für das Rauchen angesetzt werden, die oftmals in engem Zusammenhang mit belasteten Lebensverhältnissen stehen. Ohne Berücksichtigung dieser Ursachen besteht die Gefahr, dass dem „Opfer“ die Schuld zugeschoben wird („blaming the victim“).
- Gesundheitliche Risiken und Beeinträchtigungen lassen sich zumeist auf belastende Lebensverhältnisse zurückführen. Erfolgreich sind Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit daher vor allem dann, wenn sie auf dem „Setting-Ansatz“ basieren, die Menschen also dort abholen, wo sie wohnen, arbeiten, zur Schule gehen oder ihre Freizeit verbringen.
- Die Partizipation aller Beteiligten lässt sich nur erreichen, wenn diese dazu auch in der Lage sind. Vor allem bei Personen, deren Gesundheit verbessert werden soll, ist es oft erforderlich, dass sie zur Partizipation „befähigt“ werden. Dieses „empowerment“ kann zeitaufwendig sein, ist jedoch häufig unabdingbar.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass sich die Erfahrungen aus anderen Ländern nicht direkt auf Deutschland übertragen lassen. Erforderlich ist eine genaue Prüfung der Maßnahmen und Programme und gegebenenfalls eine Anpassung an die deutschen Verhältnisse. Neben einer klaren politischen Entscheidung für eine umfassende Strategie zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, ruht die Hoffnung deshalb insbesondere darauf, dass der Prozess des Voneinander-Lernens in Zukunft intensiver vorangetrieben wird.

Web-Quellen

(letzter Zugriff im März 2008)

¹www.gmkonline.de

²www.svr-gesundheit.de

³www.gkv.info/gkv/

⁴www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Literatur

- Agren G (2003):** Sweden's New Public Health Policy. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health
- BMGS (2005):** Lebenslagen in Deutschland. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- BzgA (2007):** Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Dalstra JAA, Kunst AE, Borrel C et al. (2005):** Socio-economic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, Band 34, 316–326
- Department of Health (2003):** Tackling health inequalities: A Programme for Action. Crown, London: Department of Health
- Geyer S, Peter R (1999):** Occupational status and all-cause mortality. A study with health insurance data from North Rhine-Westphalia. *European Journal of Public Health*, Band 9, 114–118
- Giskes K, Kunst AE, Benach J et al. (2005):** Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Band 59, 395–401
- Heinrich J, Mielck A, Schäfer I, Mey W (1998):** Soziale Ungleichheit und umweltbedingte Erkrankungen in Deutschland. Empirische Ergebnisse und Handlungsansätze. In: Wichmann HE, Schlipkötter HW, Fülgraff G (Hrsg.). *Fortschritte in der Umweltmedizin*. Landsberg: Ecomed
- Heindl I (2007):** Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Band 42, 32–38
- Helmert U (2003):** Individuelle Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten und Mortalitätsentwicklung in Deutschland im Zeitraum 1984 bis 1998. *Gesundheitswesen*, Band 65, 542–547
- Helmert U, Shea S (1994):** Social inequalities and health status in Western Germany. *Public Health*, Band 108, 341–356
- Kunst AE, Bos V, Lahelma E et al. (2005):** Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, Band 34, 295–305
- Lampert T (2005):** Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Berlin: Berliner Zentrum für Public Health
- Lampert T, Saß A-C, Häfeli M, Ziese T (2005a):** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum

2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut

Lampert T, Schneider S, Klose M, Jacobi F (2005b): Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. Public Health Forum, Band 13, 7–8

Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte, Band 42, 11–18

Mackenbach J (2006): Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. London: Department of Health

Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E (2005): Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984–2003. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 48, 1348–1356

Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber

Mielck A (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber

Nocon M, Keil T, Willich S (2007): Education, income, occupational status and health risk behaviour. Journal of Public Health, Band 15, 401–405

Oppolzer A (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck A (Hrsg.). Krankheit und soziale Ungleichheit.

Ergebnisse der sozialegpidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich, 125–165

Peter R (2006): Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag, 109–123

Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag

Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006): Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Das Gesundheitswesen, Band 68, 139–146

Schwartz FW, Grobe T (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin: Robert Koch-Institut

Siegrist J (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie zur Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe

Thiede M, Straub S (1997): Mutual influences of health and poverty. Evidence from the German Panel Data. Social Science and Medicine, Band 45, 867–877

Voges W, Helmert U, Timm A, Müller R (2004): Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik

DIE AUTOREN



Dipl.-Soz. Thomas Lampert,

Jahrgang 1970, stellvertretender Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut in Berlin. Sprecher der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie und der Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche“ innerhalb der

Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie. Mitglied des wissenschaftlichen Gutachterkreises der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung sowie des Arbeitskreises des von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung koordinierten Projektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“.



Dr. phil., Dipl.-Soz. Andreas Mielck, MPH,

Jahrgang 1951, Studium an der Universität Hamburg und an der University of North Carolina at Chapel Hill, USA. Seit 2000 Lehrbeauftragter für Sozial-Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Seit 2002 stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische

Soziologie. Sprecher der Arbeitsgruppe „Sozial-Epidemiologie“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie und der Sektion „Medizin- und Gesundheitssoziologie“ der Deutschen Gesellschaft für Soziologie.