

Armut macht krank – Krankheit macht arm

Vermeidung von Scham und Stigmatisierung bei Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit

In der letzten Zeit häufen sich nicht nur die Armutsberichte, sondern auch die Berichte über den Zusammenhang zwischen der sozialen Ungleichheit einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits. In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozialen Status (d.h. niedriger Bildung, niedriger beruflicher Stellung und/oder niedrigem Einkommen) zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status (Mielck 2005). Diese „gesundheitliche Ungleichheit“ ist so oft belegt worden, dass an ihrer Existenz nicht mehr gezweifelt wird. Selbstverständlich ist nicht jeder Unterschied im Gesundheitszustand auch gleichzeitig ein gesundheitspolitisches Problem, das Interventionsmaßnahmen erforderlich machen würde. Die statusspezifischen Unterschiede sind jedoch so groß, dass in allen westeuropäischen Staaten versucht wird, diese Ungleichheit zu verringern.

Es konnte z.B. wiederholt gezeigt werden, dass die Sterberate in der unteren Einkommensgruppe sehr viel höher ist als in der oberen. Dabei ist häufig ein „Gradient“ zu beobachten, d.h. eine mit höher werdendem sozialen Status stufenweise geringer werdende Sterberate. Das folgende Beispiel aus Deutschland mag das Ausmaß der Unterschiede verdeutlichen (vgl. Lampert et al. 2007): Männer aus der unteren Einkommensgruppe (maximal 60% des durchschnittlichen Einkommens) weisen eine Lebenserwartung von 70,1 Jahren auf. Bei Männern aus der oberen Gruppe (mehr als 150% des durchschnittlichen Einkommens) liegt die Lebenserwartung dagegen bei 80,9 Jahre; sie ist also um mehr als 10 Jahre höher. Bezogen auf Frauen ist der Unterschied etwas kleiner (76,9 versus 85,3 Jahre), aber immer noch erschreckend hoch.

Erklärungs- und Interventionsansätze

Bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten wird zumeist zwischen den beiden folgenden grundlegenden Hypothesen unterschieden: (a) Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesund-

Am Zusammenhang zwischen niedrigem sozialen Status und schlechtem Gesundheitszustand zweifelt heute niemand mehr. Bei der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit muss die Zielvorstellung gesundheitliche Chancengleichheit heißen. Zur Vermeidung von Scham und Stigmatisierung ist es wichtig, die Verhältnisse zu betonen, die zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit führen und nicht das individuelle Verhalten.

heitszustand (plakativ formuliert: „Armut“ macht krank). (b) Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozio-ökonomischen Status (plakativ formuliert: Krankheit macht arm). Häufig wird davon ausgegangen, dass der erste Erklärungsansatz wichtiger ist als der zweite. Dementsprechend ist „Armut“ mit einer Vielzahl von Ansätzen versucht worden, den Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu erklären. Für viele dieser Ansätze wurde bereits wiederholt belegt, dass sie in der Tat einen Beitrag zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten.

Es lassen sich vor allem die folgenden Ansätze und Ergebnisse unterscheiden:

- Arbeitsbedingungen: Von vielen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen (z.B. körperlich schwere Arbeit, Lärm, Eintönigkeit, geringe Möglichkeiten des Mitentscheidens) sind die Erwerbstätigen in der unteren Statusgruppe besonders stark betroffen.
- Wohnbedingungen: Belastungen wie Lärm und Luftverschmutzung sind in den unteren Statusgruppen zumeist besonders groß.
- Gesundheitliche Versorgung: Viele Versorgungsmöglichkeiten werden von den unteren Statusgruppen besonders wenig genutzt (siehe unten).
- Gesundheitsgefährdendes Verhalten: Die meisten Ergebnisse liegen für Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck und Mangel an sportlicher Betätigung vor. Die Krankheitshäufigkeit dieser zentralen das Herz und das Gefäßsystem betreffenden Risikofaktoren ist in den unteren Statusgruppen besonders hoch.

Was folgt daraus für die Ableitung von Interventionsmaßnahmen? Auf einer sehr allgemeinen Ebene lassen sich die beiden

Andreas Mielck
arbeitet am Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt. Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen. Forschungsschwerpunkte: Sozial-Epidemiologie, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Versorgungsforschung

folgenden Ansatzpunkte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit unterscheiden: (a) Verringerung der sozialen Ungleichheit, und (b) Verbesserung des Gesundheitszustandes von status-niedrigen Personen. Der erste Ansatzpunkt würde das Problem quasi an der Wurzel anpacken. Er besitzt jedoch den Nachteil, dass er fundamentale strukturelle Veränderungen erforderlich macht, die (wenn überhaupt) nur in langfristigen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen erreicht werden können. Die Bemühungen um eine kurz- und mittelfristige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sind vermutlich erfolgreicher, wenn sie sich zunächst auf den zweiten Ansatzpunkt „Verbesserung des Gesundheitszustandes von status-niedrigen Personen“ konzentrieren. Demnach lassen sich in Bezug auf die status-niedrigen Personen vor allem die folgenden Ziele unterscheiden: Verringerung ihres Ausgesetztseins gegenüber gesundheits-gefährdenden Umweltbedingungen, Verstärkung ihrer gesundheits-fördernden Umweltbedingungen, Verbesserung ihrer vorbeugenden und heilenden gesundheitlichen Versorgung, Verbesserung ihres Gesundheitsverhaltens, Verbesserung ihrer beruflichen und finanziellen Absicherung bei Krankheit.

Zwei Themenbereiche sind in der bisherigen wissenschaftlichen und politischen Diskussion besonders wenig diskutiert worden: die regionale Verteilung des Problems und die gesundheitliche Versorgung. Sie werden im Folgenden etwas ausführlicher dargestellt.

Die regionale Konzentration von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Es ist offensichtlich, dass sich die Probleme der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit in bestimmten Stadtgebieten bzw. Regionen konzentrieren. Die stärkere Beachtung der regionalen Verteilung des Problems ist vor allem dann wichtig, wenn Interventionsmaßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geplant werden. Zum einen müssen die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auf jede einzelne Zielgruppe zugeschnitten sein. Die Maßnahmen, die sich an alle Bevölkerungsgruppen richten, führen eher zu einer Vergrößerung als zu einer Verkleinerung der gesundheitlichen Ungleichheiten, weil mit derartigen Maßnahmen zumeist die oberen Statusgruppen erreicht werden. Je stärker sich eine Maßnahme auf die Mitglieder der unteren Statusgruppen konzentriert, um so eher kann sie zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen. Es wäre

daher besonders wichtig, die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auch und vor allem auf die benachteiligten Stadtgebiete zu konzentrieren.

Zum anderen sind viele gesundheitsfördernde bzw. -belastende Faktoren direkt oder indirekt von den Lebensbedingungen in der Wohnumgebung abhängig (Mielck 2008a). In der gegenwärtigen Diskussion wird oft betont, wie wichtig Gesundheitsverhalten und Eigenverantwortung sind. Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens in den unteren Statusgruppen würde ohne Frage zu einer erheblichen Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit führen. Das Gesundheitsverhalten lässt sich mit Appellen an die Verantwortung für die eigene Gesundheit jedoch nur schwer beeinflussen. Zudem basiert das Verhalten häufig nicht nur auf freien Entscheidungen, sondern es wird maßgeblich geprägt durch die Lebensumstände. Ohne Berücksichtigung dieser komplexen Ursachen des Gesundheitsverhaltens besteht die Gefahr, dass dem „Opfer die Schuld zugeschoben wird“ (blaming the victim).

Besonders deutlich wird dieses Problem bei den Belastungen durch Lärm und Luftverschmutzung: Die Personen aus den unteren Statusgruppen, die in schlechten Wohnungen, in der Nähe von industriellen Schadstoff-Aussendern und/oder stark befahrenen Verkehrswegen leben, tun dies zumeist nicht freiwillig. Häufig werden die beschränkten finanziellen Möglichkeiten keine andere Wahl lassen. Die Mietpreise reflektieren die Unterschiede in der Wohnqualität, und oft sind niedrige Mieten gleichbedeutend mit höherer Umweltbelastung. Hier handelt es sich um eine Exposition, bei der die ausgesetzten Personen nur selten die Möglichkeit haben, diese zu beenden. Diese Art von Belastung ist kein guter Nährboden für Ratschläge zum individuellen Gesundheitsverhalten.

Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung

In Westeuropa verfügen wir über eine gesundheitliche Versorgung, welche fast allen Menschen eine hohe Versorgungsqualität bietet. Das vorherrschende „Solidaritätsprinzip“ gewährleistet ein vom Einkommen weitgehend unabhängiges Angebot der gesundheitlichen Versorgung. Gleiches Angebot ist jedoch nicht gleichbedeutend mit gleicher Inanspruchnahme. Es muss daher zum einen gefragt werden, ob es status-spezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung gibt, wie groß sie sind und welchen Einfluss sie auf die gesundheitliche

Ungleichheit ausüben können. Zum anderen stellt sich auch die Frage, ob die Ärzteschaft heute – im Sinne von Virchow! – ein „Anwalt für die Armen“ ist.

Zur Frage nach sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung liegen aus Deutschland bisher nur wenige empirische Studien vor [Mielck 2008b]. Die vorhandenen sprechen jedoch eine klare Sprache:

(a) Die Früherkennungsuntersuchen für Kinder (U1- bis U9-Untersuchungen) werden allen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung kostenlos (d.h. ohne Zuzahlung) angeboten. Kinder aus den unteren Statusgruppen werden trotzdem besonders selten untersucht.

(b) Die Erwachsenen aus den unteren Statusgruppen nehmen die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention besonders selten wahr.

(c) Auch wenn man die Analyse auf bestimmte Krankheitsgruppen einschränkt: PatientInnen aus den unteren Statusgruppen gehen besonders selten zu einem Facharzt/einer Fachärztin.

(d) Die Versorgung erkrankter Zähne ist in den unteren Statusgruppen besonders schlecht.

(e) Vor allem in den unteren Einkommensgruppen wird darüber geklagt, dass die finanziellen Belastungen durch die Zuzahlungen zu hoch sind.

(f) Verglichen mit den Versicherten im Verband der privaten Krankenversicherten müssen die Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung länger auf eine ärztliche Behandlung warten, sie haben kürzere Gespräche mit dem Arzt/der Ärztin, und sie fühlen sich schlechter von ihren ÄrztInnen über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert.

(g) Bei chronisch Kranken sind, bezogen auf Informiertheit und die Bereitschaft ärztlichen Anweisungen zu folgen, zum Teil erhebliche Unterschiede nach dem sozialen Status der PatientInnen zu beobachten. Bei Typ 2 DiabetikerInnen wurden z.B. die folgenden Zusammenhänge gefunden: Die Blutzucker-Einstellung (gemessen über den HbA1c-Wert) und das Wissen über Diabetes sind in den unteren Bildungsgruppen besonders schlecht. Die DiabetikerInnen mit geringer Bildung nehmen besonders selten an einer Schulung teil.

Diese Unterschiede lassen sich nicht nur auf das individuelle Gesundheitsverhalten der einzelnen PatientInnen zurückführen, sondern auch und vor allem auf das System der gesundheitlichen Versorgung. Das System sollte so beschaffen sein, dass alle Personen entsprechend ihres Versor-

gungsbedarfs versorgt werden, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft. Wenn bei einer Personengruppe besonders große Hindernisse bei der Inanspruchnahme der Versorgungsangebote vorhanden sind, dann sollte „das System“ dafür sorgen, dass diese Hindernisse so weit wie möglich reduziert werden.

Vermeidung von Scham und Stigmatisierung durch Betonung der „Verhältnisse“

Bei der Forderung nach Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit muss gefragt werden, wie das Ziel „gesundheitliche Gleichheit“ definiert werden kann. Sollen alle Menschen gleich gesund sein und gleich lange leben? Dies ist weder ein erreichbares noch ein erstrebenswertes Ziel. In Anlehnung an die Argumentation des WHO Regionalbüros für Europa lässt sich das gesundheitspolitische Ziel daher wie folgt definieren: Jeder/jede soll eine faire Chance erhalten, sein Gesundheitspotential voll auszuschöpfen, d.h. alle vermeidbaren Hemmnisse zur Erreichung dieses Potentials sollen beseitigt werden. Diese Zielvorstellung lässt sich mit dem Begriff „gesundheitliche Chancengleichheit“ umschreiben. Sie wird kaum vollständig zu erreichen sein; gesucht werden daher realistische, umsetzbare Vorschläge, die dazu beitragen, dieses Ziel so weit wie möglich zu erreichen.

Beim Thema „regionale Verteilung der Belastungen“ lässt sich die Herausforderung so umschreiben: Zum einen muss mehr als bisher betont werden, dass viele soziale und gesundheitliche Belastungen regional konzentriert sind, und dass die Menschen, die in diesen Regionen leben, aus finanziellen Gründen zumeist kaum in weniger belasteten Regionen leben können.

Beim Thema „gesundheitliche Versorgung“ lässt sich die Herausforderung so umschreiben: Auch wenn allen Versicherten die gleiche Versorgung angeboten wird, und auch wenn kein Arzt/keine Ärztin einen ärmeren Patienten/eine ärmere Patientin bewusst schlechter behandeln wird als einen reicheren/eine reichere: Offenbar gibt es größere Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung zu Ungunsten der unteren Statusgruppen. Umgekehrt wäre es sinnvoller, d.h. zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sollte die Versorgung in den unteren Statusgruppen besonders gut sein.

In beiden Fällen stehen also nicht die individuellen Verhaltensweisen im Vordergrund, sondern die „Verhältnisse“. Die

Unterscheidung zwischen „Verhalten“ einerseits und „Verhältnissen“ andererseits ist immer noch sehr hilfreich, vor allem um auf die Gefahr des „blaming the victim“ hinzuweisen. Belastungen wie Lärm und Luftverschmutzung im Wohngebiet, gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz, Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung: bei all diesen Faktoren sind die „Verhältnisse“ von entscheidender Bedeutung. Wenn die Bedeutung dieser „Verhältnisse“ betont wird, dann bleibt für individuelle Schuldzuweisung und damit auch für Scham und Stigmatisierung wenig Raum.

Es gibt selbstverständlich noch mehr Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. Verringerung von Scham und Stigmatisierung; zu nennen ist hier vor allem die Forderung nach „Partizipation“. Sie besagt, dass Planung und Durchführung einer Maßnahme so stark wie möglich von den Personen bestimmt werden muss, deren Gesundheitszustand verbessert werden soll (Wright et al. 2007). Partizipation ist jedoch nur dann Erfolg versprechend, wenn auch die Wichtigkeit der „Verhältnisse“ betont wird.

1) Rudolf Virchow (1821-1902) war Arzt und Politiker. Er setzte sich für eine medizinische Grundversorgung ein, die Gründung erster kommunaler Krankenhäuser in Berlin geht auf ihn zurück.

Literatur

Lampert T, Kroll L E, Dunkelberg A [2007]: Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 2007; 42: 11-18.

Mielck A [2005]: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern.

Mielck A [2008a]: Regionale Unterschiede bei Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung: Weiterentwicklung der theoretischen und methodischen Ansätze. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg.): Health Inequalities - Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag, Wiesbaden. (in Druck)

Mielck A [2008b]: Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M, Lukas-Nülle M, Hehlmann T. (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Verlag Hans Huber, Bern, 21-38.

Wright M, Block M, von Unger H [2007]: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung. Info-Dienst für Gesundheitsförderung (Zeitschrift von „Gesundheit Berlin“) 3: 4-5.

