

"Ungleichheit zersetzt die Gesellschaften"

ARM UND REICH Die Wissenschaftlerin Kate Pickett belegt, was Linke immer schon geglaubt haben: In gerechteren Gesellschaften lebt man länger, besser, glücklicher

INTERVIEW WALTRAUD SCHWAB

taz: Frau Pickett, wie berechnen Sie Glück?

Kate Pickett: Das machen wir nicht. Wir stellen keinen Maßstab für Glück vor.

Mit "Wir" meinen Sie sich und Richard Wilkinson, mit dem Sie zusammen forschen und leben. Aber was haben Sie in Ihrem Buch "Gleichheit ist Glück" denn nun untersucht?

Wir zeigen, dass die Lebenserwartung in reichen Industrieländern nicht mehr zunimmt, auch wenn die Leute noch reicher werden. Und wir sagen, dass man das auch über Glück so sagen kann. Leute in reicheren Ländern sind nicht zwangsläufig glücklicher als in ärmeren. Und Glück nimmt auch nicht zu, je reicher jemand wird. Aber wir bevorzugen für unsere Forschungen harte Themen statt Glück und legen rigorosere Ergebnisse vor.

Welche harte Themen?

Solche wie Mord, Selbstmord, Fettsucht, Teenagerschwangerschaften, Kindersterblichkeit, psychische Krankheiten, Zahl der Inhaftierten, Bildungsstand von Fünfzehnjährigen, soziale Mobilität, Stellung der Frau. Dazu gibt es offizielle Zahlen von der WHO und anderen internationalen Organisationen.

Und welche rigorosere Erkenntnis haben Sie dazu gewonnen?

Wir haben uns angeschaut, wie sich die Einkommensverteilung in 21 reichen Industrieländern auf diese Probleme auswirkt. Und wir haben herausgefunden, dass Länder, in denen die Kluft zwischen Arm und Reich gering ist, durchweg besser abschneiden. In den Ländern, in denen die Einkommensunterschiede groß sind, gibt es dagegen durchweg mehr Gewalt, mehr Gefängnisinsassen, mehr Teenagerschwangerschaften, schlechtere Schulabschlüsse, weniger soziale Mobilität. Die sozialen und gesundheitlichen Probleme sind größer.

Wie kann man Einkommensunterschiede in reichen Ländern vergleichbar messen? Da gibt es doch kulturelle und ökonomische Unterschiede.

Sicher, aber die fallen nicht ins Gewicht, wenn man untersucht, wie viel mehr Geld die reichsten zwanzig Prozent der Bevölkerung eines Landes zur Verfügung haben im Vergleich zu den ärmsten zwanzig Prozent. Man nennt das das Zwanzig-zu-zwanzig-Verhältnis. Wenn man das macht, findet man zwischen den reichen Ländern erhebliche Unterschiede.

Welche?

Es gibt Länder wie Portugal, Großbritannien, Neuseeland oder die USA, in denen die oberen zwanzig Prozent der Bevölkerung etwa siebeneinhalb- bis achtmal so viel Geld zur Verfügung haben wie die unteren zwanzig Prozent der Bevölkerung. Dagegen haben in

Ländern wie Norwegen, Schweden, Japan, Finnland die reichen zwanzig Prozent der Bevölkerung nur etwa viermal so viel Geld wie die unteren zwanzig Prozent. Die Einkommensdifferenz ist in diesen Ländern also kleiner, die Gleichheit größer. Deutschland liegt etwa in der Mitte.

Und was ist jetzt an der Erkenntnis neu, dass Gleichheit gut ist für eine Gesellschaft?

Mehrere Dinge sind neu. Neu ist, dass man versteht, dass sich Einkommensungleichheit auf Probleme wie Fettsucht, Gewalt, Zahl der Gefängnisinsassen, Zahl der Morde auswirkt. Dafür gab es bisher keine wissenschaftlichen Belege. Ganz neu ist auch, dass nicht nur Arme, sondern auch Reiche negativ von Einkommensungleichheit betroffen sind. Und neu ist außerdem, dass bei großer Einkommensungleichheit die Probleme so viel größer sind. Die Mordraten sind in ungleicheren Gesellschaften zehnmal so hoch wie in gleicheren. Die Zahl der psychisch Kranken ist dreimal so hoch. In ungleichen Gesellschaften bringen sechs- bis achtmal so viele Teenager Kinder zur Welt. Wie sehr sich Ungleichheit auswirkt, das hat uns alle überrascht.

Nehmen Sie doch mal ein Beispiel, vielleicht Fettsucht. Was haben Sie herausgefunden?

In reichen Ländern, in denen die Einkommensungleichheit groß ist, gibt es mehr fettsüchtige Frauen, Männer und Kinder. Bei Frauen kann man den Effekt aber stärker beobachten.

Wie erklären Sie das?

In ungleichen Staaten ist der Kampf um Status ausgeprägter als in gleicheren. Dieser Kampf aber verursacht mehr Stress. Frauen sind davon vermutlich zusätzlich betroffen, weil ihr Körper in viel stärkerem Maß ein Indikator für gesellschaftlichen Status ist als der von Männern. Hinzu kommt: Grob gesagt, reagiert der Körper bei lang anhaltendem Stress anders. Er fängt plötzlich an, so was wie eine Vorratshaltung beim Essen einzunehmen. Er verbrennt Kalorien sparsamer und setzt Fettreserven an. Außerdem: Wer Stress hat, isst oft ungesund. Auch um sich zu trösten.

Sie glauben nicht, dass Fettsucht auch mit einer bestimmten Esskultur zusammenhängt?

Nein, weil wir diese Ergebnisse sowohl beim Vergleich zwischen den 21 reichen Ländern gesehen haben wie auch beim Vergleich zwischen den 50 US-amerikanischen Staaten. Die US-Statistikbehörde misst die Einkommensunterschiede in den US-Bundesstaaten. Auch dort gibt es gleichere und ungleichere Staaten. In gleicheren Bundesstaaten gibt es weniger Fettsüchtige als dort, wo die Einkommensschere weiter auseinanderklafft.

Und was ist mit anderen kulturellen Unterschieden?

Kulturelle Unterschiede können die Muster, die wir erkennen, nicht erklären. Nehmen Sie Portugal - ein Land mit starker Ungleichheit und einer hohen Zahl von Fettsüchtigen. Dabei ist die portugiesische Küche der spanischen ähnlich. Spanien ist aber eine weniger ungleiche Gesellschaft und hat entsprechend weniger Fettleibige.

Sind das nicht sehr pauschale Aussagen?

Im Gegenteil. Wir haben dieses Muster, dass gleichere Staaten bei allen untersuchten Problemen besser abschneiden, durchgängig gefunden. Richard Wilkinson und ich sind beide

Sozialepidemologen. Es ist also unser Job, herauszukriegen, wie Krankheiten etwa mit Bildung, Einkommen, Klassenstatus zusammenhängen. Gleichzeitig forschen wir auch zu Themen wie sozialer Mobilität oder Gewalt.

Gewalt ist ein gutes zweites Beispiel. Was haben Sie dazu herausbekommen?

In ungleichen Gesellschaften gibt es mehr Gewalt. Wir meinen dabei nicht Diebstahl, sondern Gewalttaten, die sich gegen Menschen und Dinge richten.

Und wie erklären Sie das?

Wenn man in ungleichen Gesellschaften auf der sozialen Leiter unten steht, hat Diskriminierung schärfere Konturen. Und soziale Degradierung verursacht stärkere Kränkungen. Umgekehrt ist es schwerer, sich nach oben zu arbeiten, das erzeugt Frust und Stress. Status aber ist wichtiger in einer ungleichen Gesellschaft. Wenn du unten bist, ist dir das durchaus klar. Alles, was dann als Mangel an Respekt oder als Erniedrigung wahrgenommen wird, kann ein Auslöser von Gewalt sein.

Das impliziert, dass Arme gewalttätiger sind.

Nicht unbedingt. Statusverlust kann jeden treffen. Wir beziehen uns auf Erkenntnisse von Gefängnispsychiatern und Kriminologen, die untersucht haben, was Menschen veranlasst, gewalttätig zu reagieren. Daraus geht hervor, dass Gewalt sehr oft mit Mangel an Respekt, Gesichts- und Statusverlust zu tun hat. In ungleichen Gesellschaften sind diese Stressfaktoren einfach deutlicher, stärker. Wenn die sozialen Differenzen und Statusunterschiede kleiner sind, muss man sich weniger messen.

Welchen Schluss ziehen Sie aus Ihren Forschungen?

Wenn man den Quotienten der Einkommensungleichheit in einem Land kennt, weiß man ziemlich genau, wie sehr es von all diesen sozialen Probleme betroffen ist. Und Ungleichheit wirkt sich auf alle negativ aus. Unsere Forschungen belegen eindeutig, dass auch die reichen Bevölkerungsschichten betroffen sind.

Das ist schwer zu glauben, dass ungleiche Gesellschaften auch für die Reichen schlecht sind.

Die Ergebnisse lassen daran keinen Zweifel. Wir erklären uns das so, dass in ungleichen Gesellschaften die soziale Hierarchie stärker ausgeprägt ist. Die soziale Distanz zwischen den Menschen ist größer, die Mühe, die man hat, um sozial aufzusteigen oder oben zu bleiben, ist größer. Der Stress, den das verursacht, ist viel stärker. Wenn ich jemand aus einer ungleicheren Gesellschaft mit einer guten Bildung und gutem Einkommen in eine gleichere Gesellschaft einbinden würde, würde dieser Mensch vermutlich länger leben, und seine Kinder wären besser in der Schule.

Ist das jetzt eine Hypothese?

Nein. Trotzdem ist es schwierig, es zu testen. Wir fanden sechs Studien, die diesen Effekt bestätigen, dass es selbst für einen Reichen besser ist, in einer gleicheren Gesellschaft zu leben. Eine Studie verglich die Todesursachen in dem gleicheren Schweden und dem ungleicheren England miteinander. Da auf Totenscheinen der Beruf des Verstorbenen

verzeichnet ist, konnte das Alter der in Schweden Gestorbenen mit dem der verstorbenen Engländer, die früher denselben Beruf hatten, verglichen werden. Was man dabei gesehen hat: Wenn man in der niedrigsten sozialen Gruppe lebt, lebt man in Schweden länger als in England oder Wales. Und auch die Kindersterblichkeit ist niedriger.

Das sagt noch nichts über die Reichen.

Aber auch sie leben länger in Schweden, obwohl der Unterschied in der Lebenserwartung da nicht so gravierend ist wie bei den niedrigen sozialen Gruppen. Dasselbe haben wir zudem anhand von US-Staaten mit stärkeren und geringeren Einkommensungleichheiten geprüft. Auch in den USA sterben Arme in ungleicheren Staaten früher als in solchen, in denen die Einkommensdifferenz geringer ausfällt.

Gibt es eigentlich soziale Probleme, die Ihrer These widersprechen?

Es gibt drei, bei denen die Ergebnisse anders sind, als man sie erwartet. Eins davon ist Selbstmord. Die Selbstmordrate ist in gleicheren Gesellschaften höher. Morde gibt es aber weniger. Das kann man so erklären, dass Menschen in gleicheren Gesellschaften Gewalt in stärkerem Maß gegen sich selbst richten als gegen andere. Wenn das Leben schwierig wird, man diskriminiert wird oder abgewertet, kann es sein, dass Menschen in gleicheren Gesellschaften den Grund dafür eher bei sich selbst suchen.

Das ist jetzt aber eine Hypothese?

Ja. Noch etwas Überraschendes haben wir gefunden. In ungleichen Gesellschaften sagen mehr Kinder, dass sie so etwas werden wollen wie Pilot, Journalist oder Popstar. Das hat uns zuerst überrascht. Dann haben wir festgestellt, dass diese Berufswünsche gar nicht mit ihren schulischen Leistungen übereinstimmen. Wir erklären uns das so: In gleicheren Gesellschaften wird, was einer in der Gesellschaft beitragen kann, gleicher bewertet. In solchen Gesellschaften geht es weniger darum, einen prestigeträchtigen Beruf, der viel Geld einbringt, zu haben. Jugendliche in solchen Ländern sagen zum Beispiel, sie wollen Schreiner oder Krankenschwester werden. In ungleicheren Gesellschaften wollen sie Designer und Arzt sein, Fußballstar oder Sänger. Die Vorstellungen wirken unrealistisch. Dahinter steckt auch immer so ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit.

Gibt es auch etwas, was Sie gar nicht erklären können?

Ja. Rauchen. In ungleichen Gesellschaften wird nicht mehr geraucht als in gleicheren. Es ist sogar leicht umgekehrt.

Wie fließt die ethnische Herkunft in Ihre Forschung ein?

Andere Wissenschaftler haben unsere Forschung daraufhin überprüft, ob sie mit der ethnischen Zusammensetzung der Gesellschaften erklärt werden könnte, und stellten fest, dass das nicht der Fall ist. In den USA wird die ethnische Zusammensetzung gern als Ursache von Problemen angeführt und nicht die Einkommensungleichheit, aber das scheint der falsche Ansatz. Man kann nur feststellen, dass es ethnische Minderheiten in einer ungleichen Gesellschaft, in der der Abstand zwischen Arm und Reich groß und Diskriminierung ausgeprägt ist, noch schwerer haben. Schweden und die USA sind in diesem Zusammenhang interessant. In beiden Ländern ist der dort geborene ausländische Bevölkerungsanteil etwa

gleich hoch. Der Grad an Integration ist jedoch extrem verschieden. In Schweden funktioniert sie viel besser.

Haben Sie sich auch überlegt, ob man diese Probleme lösen kann, ohne etwas an der Einkommensungleichheit zu ändern?

Genau das wird doch in den Ländern dauernd gemacht. Man doktert an den Symptomen herum. Man schickt mehr Polizei auf die Straße. Versucht, mehr Nachhilfe zu geben. Mehr Aufklärung. Mehr Sozialarbeit. Und jede Einrichtung beschäftigt sich immer mit einem Teilproblem. Das ist sehr kostenintensiv. Es ist, als würde jemand das Badewasser einlaufen lassen und vergessen, es abzustellen. Wir wischen ständig auf, was überläuft, drehen das Wasser aber nicht ab. Ob es eine Linderung der Probleme mit sich brächte, wenn man die gesellschaftliche Ungleichheit verringern würde, das haben sich mitunter schon viele gefragt. Sie hatten bisher aber keine Untersuchungen, die es ihnen bestätigte. Wenn soziale Differenzen und Statusunterschiede geringer sind, dann muss man sich weniger mit anderen messen. Ungleichheit zersetzt die soziale Struktur in Gesellschaften.

Neoliberale Ökonomen widersprechen dem.

Sicher, das tun sie. Aber es ist ihnen bisher nicht gelungen, zu beweisen, dass ihre Thesen stimmen. Sie behaupten, je reicher die Reichen, desto mehr Geld tropfe von oben auch ans untere Ende der sozialen Leiter. Das ist nicht passiert. Das neoliberale Credo, dass freier Handel und stärkerer Wettbewerb zu wirtschaftlichem Wachstum führe, hat sich nicht bewahrheitet. Im Gegenteil, die Unterschiede zwischen Arm und Reich haben sich unter neoliberalen Regierungen extrem verschärft. Die Arbeitslosigkeit ist stark gestiegen. Und statt neoliberale Heilsbringer zu sein, haben sie uns die Finanzkrise beschert. Der neoliberale Blick auf die Welt hat sich als falsch erwiesen.

Er erholt sich gerade wieder.

Ja, er wirkt widerständig. Aber die Auswirkungen der neoliberalen Politik sind gleichzeitig so gravierend, dass sie Raum lassen für Diskussionen darüber, wie sich Ungleichheit auswirkt. Das sieht man auch daran, dass wir keinen Widerspruch bekommen. Unser Buch wurde im *Economist*, einem Blatt, das sich gern für den freien Markt ausspricht, besprochen. Tenor: Die Ergebnisse sind nicht zu widerlegen. Wir machen viele Veranstaltungen mit dem Buch, meist vor akademischem Publikum. Die Leute fragen ziemlich genau dieselben Fragen wie Sie: Könnte es an kulturellen Unterschieden liegen? Gibt es andere Erklärungen? Wie beweisen Sie die kausalen Zusammenhänge? Aber alternative Erklärungen finden sie auch nicht. Es kommt uns zugute, dass wir natürlich vorwiegend mit Daten der Weltbank, der UNO, der Regierungen gearbeitet haben.

Ihr Buch ist zu einem Plädoyer geworden. Es fordert: Macht die Gesellschaften gleicher, dann habt ihr weniger Probleme.

Wenn man sieht, wie deutlich sich Ungleichheit auf soziale und gesundheitliche Themen auswirkt, dann kann man nur zu diesem Schluss kommen.

Welche politischen Implikationen hat Ihre Forschung?

Die Frage nach der Ungleichheit hat die politische Arena in rechts und links gespalten. Die Linken fordern mehr Gleichheit, Fairness, Gerechtigkeit. Die Rechten machen sich mehr für

Wettbewerb und Wirtschaftsliberalität stark. Jetzt aber liegt Material vor, das beweist, dass Ungleichheit großen, auch großen wirtschaftlichen Schaden verursacht. Das verändert die Diskussion. Es war uns klar, dass unsere Arbeit die Argumente von einigen Politikern stärken und von anderen schwächen wird.

Verknüpfen Sie Ihre Erkenntnisse in dem Buch deshalb auch mit Fragen der Nachhaltigkeit, weil es um Rechthaben gar nicht mehr geht?

Nachhaltigkeit ist eine riesige Herausforderung. Dafür müssen Menschen ihren Lebensstil ändern. Wenn Regierungen wollen, dass die Bevölkerung da mitmacht, dann muss es so etwas wie Fairness, Vertrauen, Zusammenhalt geben. Andernfalls wird es immer Leute geben, die sich nicht daran halten. Gleichheit scheint eine Voraussetzung dafür zu sein, dass sich alle angesprochen fühlen. Aber auch weil wir sehen, dass die Ungleichheit weltweit zunimmt, betonen wir, dass es ohne Gleichheit sehr schwer wird, Nachhaltigkeit durchzusetzen. Konsum als Statusmarker kann durch mehr Gleichheit gezügelt werden.

Sind Ihre Erkenntnisse zu so etwas wie einer Mission geworden?

Unsere wissenschaftliche Arbeit war immer eine Mission. Die meisten, die sich mit sozialer Epidemiologie beschäftigen, wollen die Welt besser machen.

Waltraud Schwab ist Reporterin der sonntaz

Mehr Gleichheit

Die Autoren: Kate Pickett, 44, Sozialepidemiologin an der Universität York, forscht mit ihrem Partner Richard Wilkinson, 66, seit Jahren, wie sich gesellschaftliche Ungleichheit auf Gesundheits- und soziale Fragen auswirkt.

Das Buch: In "The Spirit Level", (auf Deutsch: "Gleichheit ist Glück"), legen die Autoren umfassend dar, dass eine gerechtere Einkommensverteilung sowohl den Armen als auch den Reichen zugute kommt. Tipp: Besser im Original lesen. Die im Januar erschienene deutsche Fassung weist Übersetzungsfehler auf.

Der Fonds: Die Autoren haben eine Stiftung für Gleichheit gegründet. Das Geld kommt Kampagnen zugute, die darüber aufklären, wie Ungleichheit die Gesellschaft erodiert. Siehe: www.equalitytrust.org.uk

<http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=hi&dig=2010%2F03%2F13%2Fa0019&cHash=05b1ff9494>

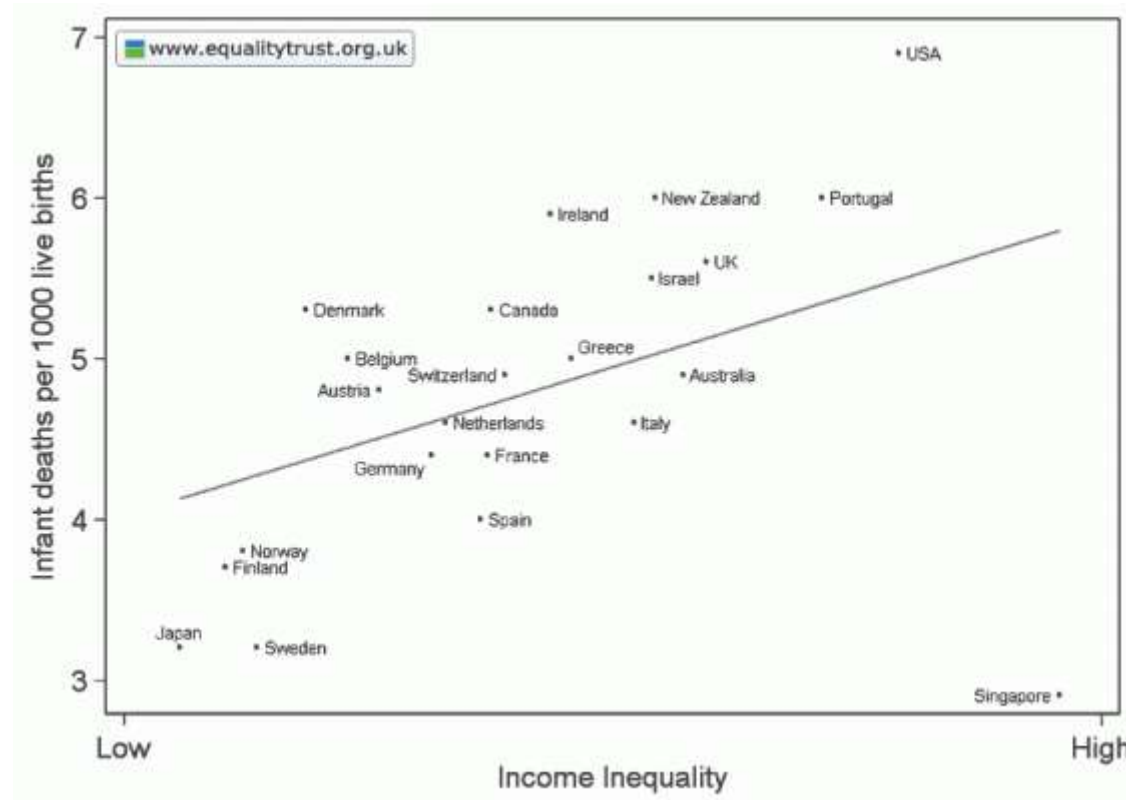
[Home](#) » [Why Equality?](#) » [Evidence: Physical Health](#)

Evidence: Physical Health

There are now over 170 studies of income inequality in relation to various aspects of health. Life expectancy, infant mortality, low birth weight and self-rated health have repeatedly been

shown to be worse in more unequal societies. These studies have been reviewed in the journal *Social Science and Medicine*.

Researchers sometimes disagree about the pathways leading from inequality to worse population health. The most consistent interpretation of all the evidence is that the main route hinges on the way inequality makes life more stressful. Chronic stress is known to affect the cardiovascular and immune systems and to lead to more rapid aging. Inequality makes social relations more stressful (see section on [Trust and Community Life](#)), by increasing status differences and status competition. These effects are important: Americans living in more equal states live around 4 years longer than those living in more unequal states.



Click Image to enlarge

[Notes on statistical sources and methods](#) [↗](#)

For more information:

[Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine* 2006;62\(7\):1768-84.](#) [📄](#)

Wilkinson RG. *The Impact of Inequality: how to make sick societies healthier*. New Press, New York, and Routledge, London. 2005

Subramanian SV, Kawachi I. Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health and Place* 2006; 12: 141-56.


Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and social gradients in mortality *American*

Journal of Public Health 2008; 98(4): 699-704.

Subramanian SV, Kawachi I. Income inequality and health: what have we learned so far?

Epidemiologic Reviews 2004; 26: 78-91.

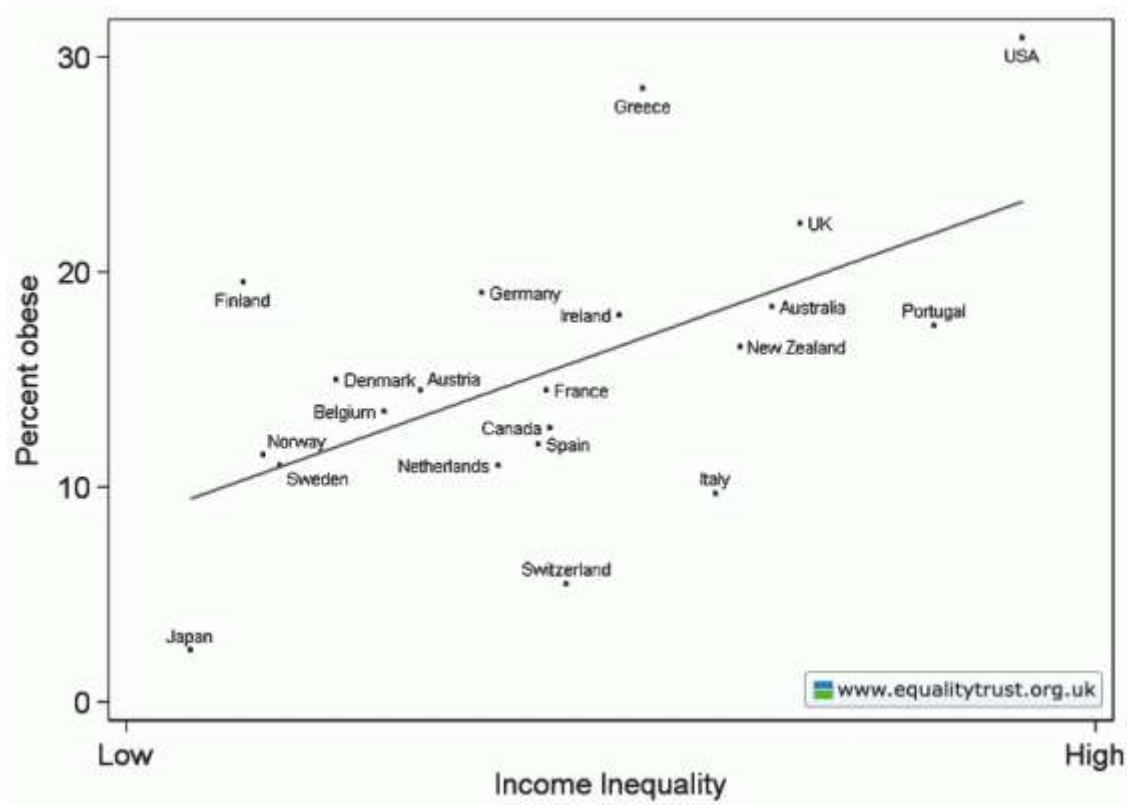
Why Equality?

- [The Evidence](#)
 - [Physical Health](#)
 - [Mental Health](#)
 - [Drug Abuse](#)
 - [Education](#)
 - [Imprisonment](#)
 - [Obesity](#)
 - [Social Mobility](#)
 - [Trust and Community Life](#)
 - [Violence](#)
 - [Teenage Births](#)
 - [Child Well-being](#)
 - [Equality Not Growth](#)
 - [Rich and Poor Countries](#)
 - [Equality and Global Warming](#)
 - [Download the Data](#) 
 - [Statistical Sources and Methods](#)
 - [Frequently Asked Questions](#)
- [The Remedies](#)

Evidence: Obesity

Obesity is increasing rapidly throughout the developed world. In some countries rates have doubled in just a few years. In the USA, three-quarters of the population are overweight, and close to a third are obese. In the UK, two-thirds of adults are overweight and more than a fifth are obese. Obesity increases the risk of hypertension, late onset diabetes, cardiovascular disease, gallbladder disease, and some cancers. The trends in children's obesity are likely to lead to shorter life expectancies for today's children - this would be the first reversal in life expectancy since the nineteenth century.

We found that obesity among men and women (see graph), as well as calorie intake and deaths from diabetes, are related to income inequality in rich countries. In addition, obesity in adults is also related to inequality in the 50 US states; and the percentage of children who are overweight is related to inequality both internationally and in the USA.



Click Image to enlarge

[Notes on statistical sources and methods](#) [↗](#)

For more information:

[Pickett KE, Kelly S, Brunner E, Lobstein T, Wilkinson RG. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59\(8\):670-4](#) [📄](#)

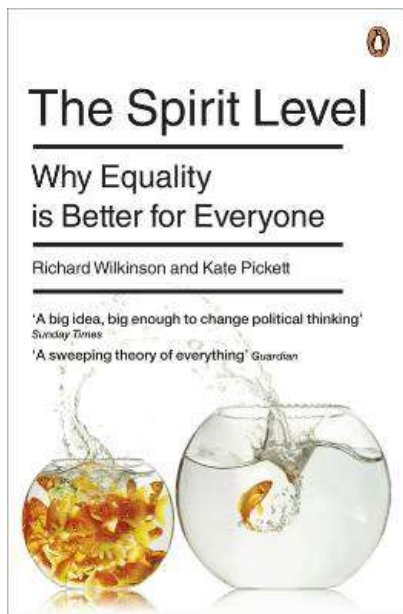
[Pickett KE, Wilkinson RG. Child Wellbeing and Income Inequality: An Ecological Study of Rich Societies. *British Medical Journal* 2007; 335: 1080-86.](#) [📄](#)

The International Obesity TaskForce <http://www.iotf.org/>

World Health Organization <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

Wilkinson RG, Pickett KE. *The Spirit Level*. Penguin. 2009. [Buy the book from Amazon.](#) [↗](#)

The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone (paperback book)




The Spirit Level by Richard Wilkinson and Kate Pickett, a book published in hardback by Penguin in March 2009 and paperback in February 2010.

[Buy the UK paperback](#) 

[Buy the US edition](#) 

[Read what people have been saying about the book.](#)

The Spirit Level is stocked by many independent booksellers. You can also buy online from [Housmans Bookshop](#) 

The Spirit Level will also be published later this year in Brazil, Japan, Italy, Spain, Sweden, Portugal, Germany, Turkey, Korea and Yemen.

We are members of the UK Amazon Associates scheme. This means that if you visit Amazon UK by clicking on a link from our website, and then go on to make a purchase, The Equality Trust will receive a referral fee of 5%.



Donnerstag, 18. März 2010
21:47

Suchen!

Sitemap



RSS-Feed
abonnieren

Sämtliche Rubriken in "Epidemiologie"

[Themen- und länderübergreifende Berichte](#)

[Soziale Lage, Armut, soziale Ungleichheit](#)

[Umwelt und Ökologie](#)

[Arbeit und Betrieb, Berufe, Branchen](#)

[Spezielle Krankheiten](#)

[Psychische Erkrankungen](#)

[Übergewicht, Adipositas](#)

[Ältere, Altersaspekte](#)

[Kinder und Jugendliche](#)

[Männer & Frauen, Gender-Aspekte](#)

[Gesundheitsverhalten \(Rauchen, Ernährung, Sport usw.\)](#)

[Gesundheit und Krankheit in den Medien](#)

[Andere Themen](#)

Alle Artikel aus:

Epidemiologie

Soziale Lage, Armut, soziale Ungleichheit

Schottische Verlaufsstudie über 20 Jahre zeigt: Niedrige Intelligenz erhöht die Herz-Kreislauf-Mortalität



Intelligenzquotienten sind auch Indikatoren für die Schichtzugehörigkeit. Und Angehörige unterer Sozialschichten weisen höhere Gesundheits- und Sterblichkeitsrisiken auf. Insofern ist nicht überraschend, dass ein niedriger Intelligenzquotient auch mit höheren Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Todesfälle einhergeht. Neu an einer jetzt veröffentlichten, vom britischen Medical Research Council finanzierten wissenschaftlichen Untersuchung ist jedoch, dass der Einfluss der Intelligenz mit anderen hinlänglich bekannten Risikofaktoren verglichen worden ist. Dabei zeigte sich: Nach dem Rauchen ist ein niedriger Intelligenzquotient der stärkste Einflussfaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch die Gesamtsterblichkeit.

Basis der Studie sind Daten aus der "West of Scotland Twenty-07 Study", die den Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit erfassen soll. Die aktuell in der Zeitschrift "European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation" veröffentlichte Analyse umfasst Daten von 1145 Männern und Frauen im Alter von durchschnittlich etwa 55 Jahren, die seit dem Jahre 1987 über einen Zeitraum von rund 20 Jahren erhoben wurden.

Erfasst wurden sehr vielfältige Daten: Körpergröße und Gewicht, Blutdruck, Rauchverhalten, körperliche Bewegung, Bildungsniveau und Berufstätigkeit. Außerdem wurde der Intelligenzquotient (IQ) anhand eines gängigen schriftlichen Tests erfasst.

In der multivariaten statistischen Analyse, in der diese Einflussfaktoren gleichzeitig berücksichtigt wurden, zeigte sich dann: Die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen war am stärksten beeinflusst vom Rauchen. Das relative Risiko ("Odds-Ratio - OR") lag für Raucher 5,6mal so hoch. An zweiter Stelle lag jedoch schon der IQ (OR: 3,8), noch vor der Einkommenshöhe (OR: 3,2), Bluthochdruck (OR: 2,6) und dem Ausmaß an Sport und körperlicher Bewegung (OR: 2,1). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für die Gesamtsterblichkeit.

Hinsichtlich der Auswirkungen dieser Ergebnisse auf das Gesundheitswesen betonte der Studienleiter, Dr. Batty, dass die individuellen Fähigkeiten eines Patienten und darunter auch der Intelligenzquotient überaus wichtig für das Management kardiovaskulärer Risikofaktoren sind, also die Vermeidung riskanter Verhaltensgewohnheiten (Alkohol, Rauchen) und Beachtung anderer Verhaltensregeln (Ernährung, Bewegung).

Diese Erklärung ist allerdings wenig befriedigend, da wiederum das individuelle Gesundheitsverhalten als zentraler Erklärungsfaktor im Vordergrund stünde. Und dass dieses Gesundheitsverhalten nicht nur von individueller Intelligenz abhängig ist, sondern vielen anderen Persönlichkeitsfaktoren wie sozialen Arbeits- und Lebensbedingungen haben viele Studien aufgezeigt.

"Vom Standpunkt des Gesundheitswesens aus gesehen bestünde durchaus die Möglichkeit, den IQ zu steigern, wobei aber die Ergebnisse aus Studien zu Frühförderung und schulvorbereitenden Programmen noch keine eindeutigen Rückschlüsse erlauben", erklärte Dr. Batty und machte außerdem darauf aufmerksam, dass der IQ einer der wichtigsten Gründe dafür ist, dass die soziale Schicht in hohem Maße für Ungleichheiten hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung ursächlich ist. Ein niedriger IQ könnte aber eine weitere unabhängige Erklärung darstellen.

Hier ist ein Abstract der Studie: [David Batty, G. et al: Does IQ predict cardiovascular disease mortality as strongly as established risk factors? Comparison of effect estimates using the West of Scotland Twenty-07 cohort study](#) (European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation: February 2010 - Volume 17 - Issue 1 - pp 24-27, doi: 10.1097/HJR.0b013e328321311b)

Gerd Marstedt, 12.2.10

Je größer die Schere zwischen Arm und Reich, desto schlechter der Gesundheitszustand der Bevölkerung



Je größer die Unterschiede zwischen Arm und Reich in einem Land sind, desto schlechter ist es um die Gesundheit der Bürger/innen bestellt. Auch frühere Studien hatten bereits auf den Einfluss ökonomischer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand, auf Morbidität und Mortalität aufmerksam gemacht. Die jetzt vom Gesundheitsökonom Martin Karlsson von der TU Darmstadt in Kooperation mit der Universität Lund (Schweden) durchgeführte Studie ist allerdings methodisch noch einmal besonders

fundiert: Sie basiert auf Daten aus 21 Ländern weltweit.

Die Studie, deren Ergebnisse jetzt in der Zeitschrift "Social Science and Medicine" veröffentlicht wurden, umfasst Staaten mit relativ geringer ökonomischer Ungleichheit wie Deutschland oder Dänemark bis hin zu solchen mit extrem ungleicher Vermögensverteilung wie Russland oder Südafrika. Einbezogen wurden auch die bevölkerungsreichsten Länder der Welt wie China und Indien.

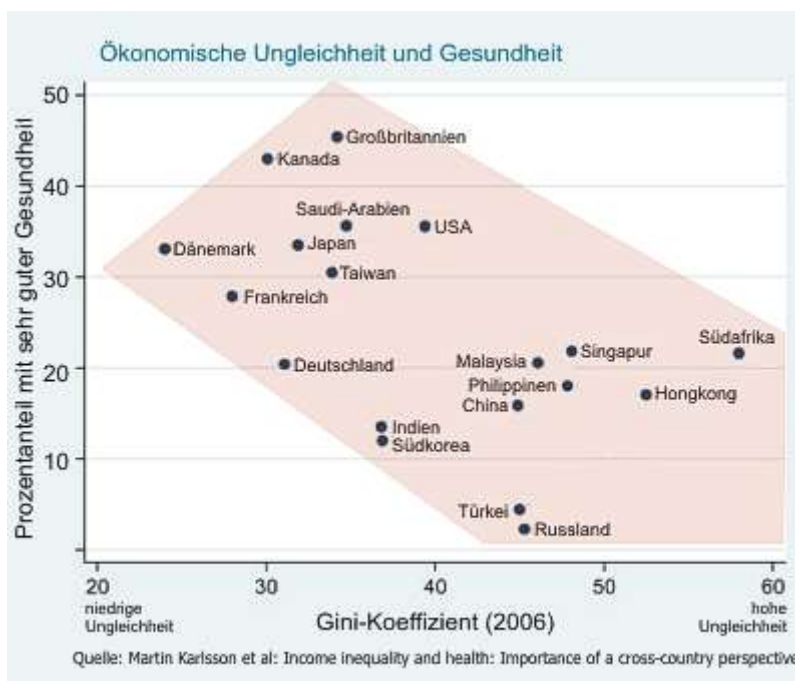
"Alle befragten Personen zusammen repräsentieren die Hälfte der Weltbevölkerung", erklärte der Wissenschaftler Martin Karlsson. Frühere Studien mit derselben Fragestellung seien innerhalb eines Landes oder nur unter Beteiligung von reichen Ländern durchgeführt worden. Die Korrelation zwischen ökonomischer Ungleichheit und Gesundheit sei wegen der schmalen Datenbasis bisheriger Studien stark bezweifelt worden. Doch diese Zweifel würden durch die neue Studie deutlich relativiert.

Die Wissenschaftler verknüpften in ihrer Studie die in Befragungen (bei einer repräsentativen Gruppe von 1000 Menschen pro Land) ermittelte Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands (Durchschnittswert) mit der aus offiziellen Statistiken abgeleiteten ökonomischen Ungleichheit, festgemacht am sogenannten "Gini-Index", ein quantitatives Maß für die Schere zwischen arm und reich. Der Gini-Index ist groß für Länder, in denen ein kleiner Teil der Bevölkerung ein sehr hohes Einkommen besitzt und klein für Staaten, deren Vermögen sich weitgehend gleichmäßig auf die Bevölkerung verteilt. Für die der Arbeit zu Grunde liegenden Umfrage wurde eine repräsentative Gruppe von 1000 Menschen pro Land ausgewählt.

Eine große Streuung zeigt sich zunächst bei Betrachtung des durchschnittlichen Gesundheitszustands: Über 75 Prozent der befragten Kanadier, Dänen, Franzosen, Engländer oder US-Bürger bewerteten ihren Gesundheitszustand als "gut" oder "sehr gut" an. Die deutschen Studienteilnehmer lagen mit knapp 70 Prozent "guter" oder "sehr guter" Gesundheit im oberen Mittelfeld der 21 Nationen. Weit unten rangierten China, die Türkei und Russland mit nur 33%, 30% bzw. 17% guten oder sehr guten Urteilen.

Diese Werte setzten die Forscher dann in Beziehung zur Einkommensverteilung im jeweiligen Land. In mehreren statistischen Analysen wurden dann weitere Informationen über die Befragten mitberücksichtigt, wie die Kinderzahl, Geschlecht, Bildungsniveau oder Familienstand. Dabei zeigte sich, dass die beobachtete Korrelation zwischen ökonomischer Ungleichheit und Gesundheit (vgl. Grafik) bestehen blieb und von anderen potentiellen

Faktoren nicht beeinflusst wurde. Besonders deutlich trat der Zusammenhang allerdings in einkommensstarken Ländern hervor.



Die Wissenschaft heben in der Bilanz ihrer empirischen Befunde hervor, dass die Studie keine Kausalzusammenhänge zwischen der ökonomischen Ungleichheit und der Bevölkerungs-Gesundheit eindeutig belegen könne. Das

Ziel der Forscher sei es jedoch, diese Faktoren in Zukunft näher zu identifizieren.

Abstract der Studie: [Martin Karlsson et al: Income inequality and health: Importance of a cross-country perspective](#) (Social Science & Medicine, Article in Press, doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.056)

Gerd Marstedt, 18.1.10

Persönliche Konzepte von Gesundheit und gesunder Ernährung sind in der Mittelschicht andere als in der Unterschicht



In einer kaum mehr überschaubaren Zahl von Studien hat sich gezeigt, dass ein riskantes Gesundheitsverhalten, etwa, was Rauchen und Alkoholkonsum, Sport und Bewegung oder auch die Ernährung anbetrifft, in unteren Sozialschichten sehr viel häufiger anzutreffen ist. Die Frage, warum dies so ist, wurde in wissenschaftlichen Studien allerdings weitaus seltener aufgegriffen - obwohl ein genaueres Verständnis der hier maßgeblichen Hintergründe dazu beitragen würde, schichtspezifische Barrieren im Rahmen von Gesundheitsförderung abzubauen. Eine schottische Studie hat diese Fragestellung nun aufgegriffen und im Rahmen von qualitativen Interviews herauszufinden versucht, inwieweit auch das gesundheitsbezogene Alltagsverhalten sich aus allgemeineren Normen und Erfahrungen in Unter- und Mittelschichtfamilien ableiten lässt.

Nachdem die Wissenschaftler in einer vorherigen Studie Interviews mit 13-14jährigen männlichen und weiblichen Teenagern und deren Familien durchgeführt hatten (siehe zusammenfassend [Backett-Milburn, K. et al: Making sense of eating, weight and risk in the early teenage years: views and concerns of parents in poorer socio-economic circumstances](#)), überprüfte man in einer jetzt veröffentlichten Studie wiederum am Beispiel des Themas Ernährung die Bedeutung sozialer Normen für das Gesundheitsverhalten bei Teenagern aus Mittelschicht-Familien.

In den insgesamt 72 qualitativen Interviews mit Jungen und Mädchen, die jeweils zur Hälfte ein Normalgewicht bzw. Übergewicht hatten, zeigten sich dann folgende Befunde:

- In der Beschreibung der aktuellen Lebensbedingungen dominieren in den Mittelschichtfamilien Hinweise auf eine relative Sicherheit, was Einkommen und Konsumchancen betrifft, auf Wahl- und Entscheidungsfreiräume. Demgegenüber finden sich in den Unterschichtfamilien sehr viel mehr Hinweise auf Risiken und Unsicherheiten und es überwiegt eine Perspektive des "Wir müssen hier und jetzt zurecht kommen".
- Dementsprechend dominiert in der Mittelschicht die Erwartung, durch ein bestimmtes Ernährungsverhalten auch Einfluss nehmen zu können auf das eigene Körpergewicht und den zukünftigen Gesundheitszustand. In der Unterschicht wird eher darauf verwiesen, dass die mit einer ungesunden Ernährung zusammen hängenden Gesundheitsrisiken vergleichsweise gering sind, wenn man andere Verhaltensrisiken (im Zusammenhang mit Drogen, Alkohol, Rauchen, Sex) damit vergleicht.
- In Mittelschichten ist eine recht starke Kontrolle des Ernährungsverhaltens durch die Eltern vorherrschend. Dies wird von Kindern teilweise als Bevormundung wahrgenommen, aber doch akzeptiert. Dieses Verhaltensmuster betrifft zum einen die Größe und Menge der jeweils

verzehrt Speisen, wobei insbesondere Mütter darauf achten (und entsprechende Hinweise erteilen), dass ihr Kind sich keine zu großen Portionen auf den Teller lädt. Andererseits betrifft dies auch die Auswahl der Speisen: Eltern versuchen darauf hin zu wirken, dass das Kind zumindest ein wenig Gemüse, Salat und Obst verzehrt, selbst wenn es diese Nahrungsmittel überhaupt nicht mag.

- Im Vergleich dazu besitzen Unterschicht-Teenager eine sehr viel größere Autonomie, was die Auswahl der Speisen anbetrifft oder auch Ort und Zeitpunkt der Mahlzeiten. Viele Teenager betonten, sie würden zu ganz anderen Zeiten als ihre Eltern essen, und viele Eltern wiesen darauf hin, dass ihre Kinder letztlich doch das essen würden, was sie mögen und sich selber aussuchen.

- Snacks und Knabbereien waren in der Mehrzahl der befragten Mittelschichtfamilien verpönt. Wenn überhaupt, so machten Teenager davon zu Hause nur Gebrauch, wenn Eltern dies explizit erlaubt hatten. Oder man war sich mit den Eltern einig, dass man solche Snacks ebenso wie "Junk-Food" nicht besonders attraktiv findet. Im Verlauf der Interviews wurde deutlich, dass das elterliche Kontrollverhalten in der Mittelschicht nicht umstandslos von den Kindern akzeptiert wird, sondern ein sehr langwieriger, oftmals konfliktträchtiger und mühsamer Prozess ist, bei dem von elterlicher Seite auch immer wieder Begründungen für ihre Vorschriften geliefert werden müssen.

- Die in der Mittelschicht hervorgehobenen Erkrankungsrisiken durch eine ungesunde Ernährung werden in Unterschichten (fast schon fatalistisch) als normale Begleiterscheinungen des Lebens wahrgenommen, ebenso wie unterschiedliche Ausprägungen des Körpergewichts (einschließlich Übergewicht und Adipositas) akzeptiert und moralisch nicht in Frage gestellt werden. Viele Interviewpartner weisen darauf hin, es gäbe weitaus wichtigere Dinge im Leben als sich über sein Körpergewicht Sorgen zu machen.

Die Wissenschaftler beschreiben noch eine Reihe weiterer Unterschiede in den gesundheits- und ernährungsbezogenen Normen von Mittel- und Unterschicht-Familien. Ein ganz zentraler Aspekt ist dabei die unterschiedliche Zukunftsperspektive: Während in Mittelschichten die Sichtweise vorherrscht, dass man auch durch die Ernährung den eigenen zukünftigen Gesundheitszustand positiv beeinflussen kann, wird diese zukunftsgerichtete Orientierung in Unterschichten stark beeinträchtigt durch Zwänge und Anforderungen, irgendwie in der Gegenwart zurecht zu kommen. Und Ernährung und Körpergewicht sind dabei keine besonders herausragenden Einflussgrößen.

Hingewiesen wird in der Diskussion der Befunde auch darauf, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen diese schichtspezifischen Normen mit berücksichtigen müssen. Was dies im Einzelnen für die Gestaltung der Maßnahmen und Interventionen bedeutet, wird allerdings als Fragestellung für zukünftige Forschungsprojekte definiert.

- Von dieser Seite aus [Download mehrerer Dokumente zur Studie](#)
- Zusammenfassung der Befunde: [Wills, Wendy et al \(2008\). Parents' & teenagers' conceptions of diet, weight & health: Does class matter? Full Research Report](#)
- Ergebnisse der vorherigen Studie über gesundheitsbezogene Normen bei Jugendlichen aus der Unterschicht: [Backett-Milburn, K., Wills, W.J., Gregory, S., and Lawton, J. \(2006\) Making sense of eating, weight and risk in the early teenage years: views and concerns of parents in poorer socio-economic circumstances](#) (Social Science & Medicine. 63(3): 624-635)

Australische Studie stellt große soziale Ungleichheit fest bei der Versorgung von Patienten mit Angina pectoris



Eine große Zahl von Studien aus den USA hat gezeigt, dass dort ein hohes Maß an sozialer Ungleichheit feststellbar ist, was die Qualität der medizinischen Versorgung anbetrifft. Angehörige unterer Sozialschichten und ethnischer Minderheiten werden dort bei einer Vielzahl von Erkrankungen benachteiligt (vgl. hier die Kurzfassungen vieler Studien im Forum Gesundheitspolitik, Rubrik: [USA: Soziale Ungleichheit](#)). Ein zentraler Grund dafür ist allerdings der fehlende

Krankenversicherungsschutz dieser Bevölkerungsgruppen. In Staaten, die für alle Bürger eine Krankenversicherungspflicht eingeführt haben oder ein umfassendes Recht auf medizinische Versorgung, findet man daher kaum einmal Studien, die solche soziale Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung nachweisen, die ausschließlich mit der sozio-ökonomischen Stellung der Patienten zusammenhängen.

Einige wenige Ausnahmen hierzu fand man bislang unter anderem in Kanada, wo man herausfand: [Teure Diagnoseverfahren werden Oberschicht-Patienten häufiger verordnet](#) oder in Schweden, wo eine Studie ergab: [Oberschicht-Angehörige erhalten nach einem Herzinfarkt öfter eine bessere medizinische Versorgung - und leben danach länger](#).

Jetzt hat eine australische Studie diese Liste erweitert und gezeigt: Patienten mit Angina pectoris erhalten bestimmte, therapeutisch sinnvolle, aber relative kostenträchtige Diagnose- und Therapieverfahren deutlich häufiger, wenn sie einen hohen sozialen Status haben, also der Oberschicht und nicht der Mittel- oder Unterschicht angehören. Dieser Effekt zeigte sich auch dann, wenn die Wissenschaftler in sogenannten multivariaten Analysen den potentiellen Einfluss anderer Faktoren (unter anderem: Art des Krankenhauses, private oder andere Krankenversicherung des Patienten, Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen usw.) mitberücksichtigten.

Basis der Studie waren medizinische Versorgungsdaten von knapp 2 Millionen Menschen aus West-Australien. Herausgefiltert wurden Daten von Patienten, die in den Jahren 2001-2003 wegen eines Herzinfarkts oder Angina pectoris in einem Krankenhaus behandelt worden sind. Bei ihnen wurde dann überprüft, welche diagnostischen und therapeutischen Verfahren im weiteren Verlauf eingesetzt wurden. Dabei konzentrierte man sich auf einige wenige Prozeduren: Bypass-Operation (Überbrückung verengter oder verstopfter Herzkranzgefäße durch eine Umleitung), Angiographie (Darstellung von Blutgefäßen durch diagnostische Bildgebungsverfahren) und Angioplastie (Erweiterung verengter Blutgefäße durch dort eingeführte Katheter).

In der Auswertung der Daten zeigte sich dann in multivariaten Analysen, die auch andere Einflussfaktoren mitberücksichtigten:

- Bei einem Herzinfarkt (Myokardinfarkt) ergaben sich keine Unterschiede des weiteren medizinischen Vorgehens, die allein auf den sozio-ökonomischen Status der Patienten zurückzuführen waren
- Bei der Diagnose "Angina pectoris" waren solche Unterschiede jedoch durchaus feststellbar: Im Vergleich zu Unterschicht-Patienten erhielten solche aus der Oberschicht häufiger angiographische Verfahren (etwa um 11% häufiger), um 30% häufiger Bypass-Operationen und um 52% häufiger angioplastische Maßnahmen.
- Die Unterschiede waren nur begrenzt darauf zurückzuführen, dass mit dem

sozioökonomischen Status auch die Häufigkeit einer privaten Krankenversicherung stieg.
• Darüber hinaus fand die Studie auch heraus, dass Unterschicht-Patienten ohne private Krankenversicherung erheblich länger auf eine medizinische Behandlung warten mussten.

Die Wissenschaftler diskutieren in der Bilanz ihrer Befunde eine Vielzahl potentieller Erklärungen, von denen jedoch keine völlig befriedigend ist. So beziehen sie hier auch folgende Merkmale von Unterschicht-Patienten als mögliche Einflussfaktoren ein: Höhere Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, spätere Klinikeinweisung), geringere Nutzung von Fachärzten, die eher Empfehlungen aussprechen für die genannten speziellen Verfahren. Auch unterschiedliche Einstellungen von Ärzten gegenüber Unter- bzw. Oberschicht-Patienten könnten nach Meinung der Studien-Autoren eine Rolle spielen.

Die Studie ist im Volltext von dieser Seite aus verfügbar: [Rosemary J Korda, Mark S Clements, Chris W Kelman: Universal health care no guarantee of equity: Comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina](#) (BMC Public Health 2009, 9:460doi:10.1186/1471-2458-9-460)

Gerd Marstedt, 13.1.10

Eine gute und eine schlechte Nachricht zur Sterblichkeit von Diabetikern



Die gute Botschaft zuerst: Die Sterblichkeit von Menschen mit einer Diabetes mellitus Typ 2-Erkrankung in der kanadischen Provinz Ontario sank alters- und geschlechtsstandardisiert zwischen 1995 und 2005 von 4,05% auf 2,69%.

Dies ist für die weltweit mit dramatisierender Vehemenz geführte Diskussion über die "Volksseuche" Diabetes eine wichtige Entwicklung, die Atem schafft, eher über Prävention und die leitliniengerechte bzw. evidenzbasierte Behandlung von DiabetikerInnen (z.B. die immer noch zu nachlässige systematische Untersuchung von Augen und Füßen, um die Erblindung und die Amputation unterer Extremitäten als schlimme Endpunkte zu vermeiden) zu reden.

Die 10-Jahresuntersuchung stützt sich auf eine bevölkerungsbezogene retrospektive Kohortenanalyse der Sterblichkeit mit 367.426 im Jahr 1994/95 an Diabetes erkrankten TeilnehmerInnen im Alter von 30 und mehr Jahren in der kanadischen Provinz Ontario. Die Anzahl der Erkrankten stieg bis zum Jahr 2005/06 auf 843.629 Personen, was wiederum vielen pessimistischen Prognosen als empirischer Beleg der von ihnen erwarteten Tendenz dient oder genügt. Schaut man etwas genauer hin, finden sich zum Teil andere Trends: In derselben Zeit stieg beispielsweise der Anteil der 30 Jahre und älteren Einwohner ohne (!) Diabetes um 17% von 5.907.012 auf 6.888.074. Die Analysen wurden mit Hilfe von Daten aus der Bevölkerungsstatistik und administrativer Gesundheitsdaten des regionalen Krankenversicherungsträgers geführt, bei dem alle Einwohner Ontarios versichert sind. Für Personen, die älter als 64 Jahre sind, gibt es materielle Unterstützung für verordnete Arzneimittel und bei Bedarf auch soziale Unterstützung ("social assistance"). Unter den soziodemografischen Verwaltungsdaten befinden sich auch Angaben zum Einkommen.

Und damit hängt die schlechte Nachricht zusammen. Sie lautet: Die Abnahme der Sterblichkeit ist bei Erkrankten mit hohem Einkommen wesentlich höher als bei Versicherten mit niedrigerem Einkommen. Bei den Gutverdienenden oder Angehörigen der höchsten

Einkommensgruppe sank die Sterblichkeit an Diabetes bzw. Diabetesfolgen um 39% und bei Personen mit dem niedrigsten Einkommen statistisch signifikant verschieden um 31%. Auch hier liefert eine differenzierte Analyse noch deutlichere Aussagen: Betrachtet man nur die Gruppe der 30-64-Jährigen DiabetikerInnen betrug der Unterschied der Chance der Abnahme des Sterblichkeitsrisikos ("mortality rate ratio") von Gering- und Vielverdienern mehr als 40 Prozent. Bei weiblichen Geringverdienern betrug die Abnahme 12% (Männer: 14%) und bei den Gutverdienenden 59 % (Männer: 60%). Bei den über 64-Jährigen hatte das Einkommen einen geringeren Einfluss auf die Sterblichkeitstrends. Der einkommensabhängige Unterschied der Sterblichkeit von DiabetikerInnen beider Einkommensgruppen in diesem Alter wuchs in den 10 Untersuchungsjahren nur um 0,9%. Die AutorInnen der Studie werten diese relativ geringen ungleichen Trends bei Rentnern u.a. als Ausdruck der materiellen Unterstützung/Subvention ihrer Versorgung. Welche Faktoren im Detail und ursächlich für die einkommensabhängigen Unterschiede in anderen Altersgruppen verantwortlich sind, lässt sich noch nicht abschließend sagen.

Ausdrücklich weisen die VerfasserInnen auf die Existenz derartiger Mortalitätsunterschiede selbst in dem eher auf soziale Gleichheit orientierten Gesundheitssystem wie dem Kanadas hin.

Der Aufsatz "[Income-related differences in mortality among people with diabetes mellitus](#)" von Lorraine L. Lipscombe, Peter C. Austin, Douglas G. Manuel, Baiju R. Shah, Janet E. Hux und Gillian L. Booth ist im "Canadian Medical Association Journal (CMAJ)" (2010; 182 E1-E17) erschienen und komplett kostenlos erhältlich.

Bernard Braun, 13.1.10

Auch dies sind Ernährungsprobleme von US-Bürgern: Unzureichende Nahrungsaufnahme aus Geldmangel



Beim Thema Ernährung stehen viele Länder und Regionen dieser Erde nahezu reflexartig für Unterernährung, Hunger und Völlerei oder ernährungsbedingtes Übergewicht und Fettsucht. Dass es sich dabei manchmal um ein einseitiges Bild mit sehr praktischen Konsequenzen handelt, wird oft nicht bedacht. Dies gilt aus aktuellem Anlass auch für die Ernährungsverhältnisse in den USA als einer wichtigen Bedingung für Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Das Thema Ernährung in den USA wird spontan und zunehmend mit dem Problem ernährungsbedingter Fehl-, Überernährung und Fettsucht und möglichen präventiven und kurativen Gegenmaßnahmen assoziiert.

Ein gerade vom "Economic Research Service" des US-Landwirtschaftsministeriums veröffentlichter Report belegt jetzt nachdrücklich mit entsprechenden Daten für das Jahr 2008, dass es sich dabei nur um einen Teil der Wahrheit bzw. Ernährungsrealität in den USA handelt. Danach hatten 85% der us-amerikanischen Haushalte das gesamte Jahr Zugang zu einer für ein aktives, gesundes Leben notwendigen Nahrungsmittelmenge für sämtliche Haushaltsmitglieder.

Für 14,6 % aller US-Haushalte war die Ernährungssicherheit aber mindestens einige Zeit im Jahr 2008 nicht gewährleistet. Sie war in 5,7 % dieser Haushalte sehr niedrig, was bedeutet, dass die Nahrungsaufnahme für eines oder mehrere Haushaltsmitglieder mehrere Male stark eingeschränkt war und ihre Essgewohnheiten ebenfalls oftmals unterbrochen werden mussten.

Ständiger Grund war der Geldmangel oder fehlende andere Ressourcen für Nahrungsmittel. Die beiden Problemgruppen waren noch 2007 sichtbar kleiner, nämlich 11,1% und 4,1%. Seit 1995, dem Jahr, in dem es den ersten nationalen Nahrungs- und Ernährungssurvey in den USA gab, sind die Verhältnisse des Jahres 2008 die schlechtesten.

Was Ernährungsunsicherheit bedeutet, lässt sich daran ermessen, dass Haushalte, deren Ernährungslage gesichert war, 31% mehr für Nahrungsmittel ausgaben als die typischen Haushalte mit Ernährungsproblemen - bei gleicher Größe und Zusammensetzung. 55% der Haushalte mit Ernährungsproblemen nahmen an einem der drei größten von 15 nationalen Unterstützungsprogramme für Nahrung und Ernährung teil. Dies sind "The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)", das früher als "Food Stamp Program" bezeichnet wurde, das "National School Lunch Program" und das "Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)".

Die so genannten "food stamps", d.h. in der Regel eine Plastikkarte, die beim Einkauf vorzulegen ist, sind aus ihrer anfänglichen Bedeutung als äußerste Hilfe für vorübergehende Notlagen zu einer dauerhaften Hilfe für mehr als 36 Millionen BürgerInnen geworden, also einem Achtel aller US-BürgerInnen und einem Viertel aller Kinder unter 18 Jahren, überhaupt Grundnahrungsmittel wie Milch, Brot und Käse einkaufen zu können. Unter dem Einfluss der wirtschaftlichen Krise wächst diese Anzahl um täglich 20.000 Menschen.

Nach einer am [29.11.2009 veröffentlichten Analyse der "New York Times"](#), verteilt sich die Ernährungsunsicherheit innerhalb der USA und zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen sehr unterschiedlich. So erhalten in 239 "counties" (das können Stadtteile wie die Bronx in New York oder Philadelphia mit Millionen von Einwohnern oder ländliche Gemeindebezirke mit 10.000 Einwohnern sein) der USA mindestens ein Viertel der Bevölkerung food stamps. In mehr als 750 counties kann sich ein Drittel der schwarzen BürgerInnen nur mit food stamps ernähren. In mehr als 800 counties helfen food stamps einem Drittel der Kinder, etwas zum Essen zu haben. In einigen Großstädten im Verlaufe des Mississippi wie St. Louis, Memphis und New Orleans erhalten mehr als die Hälfte der Kinder Lebensmittelmarken. Die aktuelle Situation ist nicht nur Ausdruck der immer schon bedeutenden Armutsrate in den USA, sondern insbesondere ihr Wachstum ist auch Folge der aktuellen Immobilienkrise.

Hinzu kommt, dass die jetzt veröffentlichten Werte die wirklichen Verhältnisse keineswegs vollständig anzeigen. In einer Analyse der ["State Food Stamp Participation Rates in 2006"](#) zitieren die Autoren Untersuchungen nach denen in jenem Jahr nur rund 67% aller bedürftigen Personen food stamps beantragen oder erhalten. Diese Dunkelziffer dürfte sich nicht verändert haben und schwankte ebenfalls erheblich zwischen 50% in Kalifornien und 2% in Missouri. Dass damit die Ungleichheit beim Erhalt von Grundnahrungsmittel noch lange nicht ausreichend abgebildet ist, zeigt ein weiteres Detail der Versorgungssituation in 2006. Von der Gruppe der so genannten "working poor" erhielten USA-weit 57% food stamps - auch hier wieder mit erheblichen regionalen Unterschieden.

Und eine weitere [Studie über die Betroffenheit von Armut, Ernährungsunsicherheit und food stamps im Lebensverlauf](#) zwischen dem 20ten und 65ten Lebensjahr, zeigte eine zusätzliche Facette dieser Art sozialer Probleme in den USA: Knapp 75% aller Amerikaner werden mindestens ein Jahr in Armut oder Beinahe-Armut leben müssen. Noch mehr überraschte aber, dass zwei Drittel der US-BürgerInnen innerhalb dieser 45 Jahre mindestens einmal ein Wohlfahrtsprogramm wie das der food stamps in Anspruch nehmen müssen. Schließlich müssen 40% der AmerikanerInnen innerhalb ihrer Erwerbstätigkeitsphase in 5 oder mehr separaten Jahren ein Wohlfahrtsprogramm nutzen müssen. Dieses so genannte

Lebenslaufisiko für Armut hat von den 1970er bis zu den 1990er Jahren erheblich zugenommen.

Die speziellen Ergebnisse der gerade in der Fachzeitschrift "Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine" (Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(11):994-999) veröffentlichten Studie "[Estimating the Risk of Food Stamp Use and Impoverishment During Childhood](#)" stellen nach Meinung ihrer beiden Verfasser, Mark Rank und Thomas Hirschl, eine "essential information for the health care and social service communities" dar. Denn selbst eine begrenzte Erfahrung von Armut "can have detrimental effects upon a child's overall quality of health and well-being."

Die Ergebnisse beruhen auf einer Analyse der Daten der "Panel Study of Income Dynamics (PSID)", die seit 1968 eine repräsentative Auswahl amerikanischer Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen und ihre Familien im Längsschnitt zu ihren Armutserfahrungen befragt hat.

Zu den wesentlichen Ergebnissen zählen:

- 49,2% aller US-Kinder werden zu irgendwelchen Zeitpunkten ihrer Kindheit in einem Haushalt leben und ernährt werde, der dies nur mit food stamps schafft.
- Dies trifft auf 90% afroamerikanischer und 37% weißhäutiger bzw. kaukasischer Kinder zu.
- 91% der Kinder in Alleinerzieherhaushalten werden diese Erfahrungen machen. Kinder in Haushalten mit verheirateten Eltern erleben dies ebenfalls.
- Verschärft wird das Risiko dieser unerfreulichen Erfahrung noch durch die Kumulation von Merkmalen. Von den Kindern, die gleichzeitig schwarzhäutig sind, in Haushalten leben, deren "Oberhaupt" nicht verheiratet ist und weniger als 12 Jahre eine Schule besucht hat, leben zu 97% in einem Haushalt, in dem sie im Alter von 10 Jahren von food stamps leben müssen.

Der Report "[Measuring Food Security in the United States. Household Food Security in the United States, 2008](#)" von Mark Nord, Margaret Andrews, und Steven Carlson, sämtlich MitarbeiterInnen in unterschiedlichen Abteilungen des U.S. Department of Agriculture, umfasst 66 Seiten und ist komplett kostenlos erhältlich.

Bernard Braun, 29.11.09

Atypisch Beschäftigte nehmen 2008 weiter zu und der Verdienst von fast jedem Zweiten liegt unter der Niedriglohngrenze



Der im Forum bereits mehrfach beschriebene Trend der Zunahme atypischer Beschäftigung (u.a. zuletzt für das [Jahr 2007](#)) setzte sich nach den gerade für die Zeit von 1998 bis 2008 vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten ungebremst fort. Damit veränderte sich nicht nur die soziale Situation der atypisch beschäftigten Personen, sondern auch die Einnahmesituation der Sozialversicherungsträger, deren Beiträge sich immer noch auf das Bruttoeinkommen beziehen.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus arbeiteten 1998 noch 72,6% aller Beschäftigten in einem so genannten Normalarbeitsverhältnis, was 2008 nur noch für 66% zutraf. Der Anteil atypischer Beschäftigungsformen stieg im gleichen Zeitraum von 16,2% auf 22,2%. Unter einem Normalarbeitsverhältnis wird ein Beschäftigungsverhältnis verstanden, das voll sozialversicherungspflichtig, mit mindestens der Hälfte der üblichen vollen Wochenarbeitszeit

und mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag ausgeübt wird. Ein Normalarbeitnehmer arbeitet direkt in dem Unternehmen, mit dem er einen Arbeitsvertrag hat, was bei Zeitarbeiterinnen und -arbeitnehmern nicht der Fall ist. Von atypischen Beschäftigungsformen wird gesprochen, wenn eines oder mehrere dieser Kriterien nicht erfüllt sind. Dazu zählen neben der Zeitarbeit, Teilzeitbeschäftigungen mit 20 oder weniger Stunden Arbeit pro Woche, geringfügige Beschäftigungen sowie befristete Beschäftigungen.

Unabhängig von der von einigen Protagonisten der atypischen Beschäftigung erwarteten verbesserten Flexibilität der atypisch Beschäftigten und des damit angeblich verbundenen Vorteils für ihre langfristigen Beschäftigungschancen - zum Teil unbewiesen, zum Teil widerlegt - gibt es durch die niedrigeren Einkommen dieser Beschäftigtengruppe systematisch soziale Nachteile. Diese werden wenig kommuniziert und ihre Quantität ist häufig auch unbekannt.

Mit den jetzt vom Statistischen Bundesamt vorgelegten Ergebnissen der Verdienststrukturerhebung, die zuletzt 2006 durchgeführt wurde, existiert eine solide quantitative Basis für die weitere Debatte. Vorgelegt wurden die Angaben der Personen im Erwerbsalter von 15 bis 64 Jahren, soweit sich diese nicht in Bildung oder Ausbildung befinden.

Nach dieser amtlichen Erhebung erhielt fast jeder zweite atypisch Beschäftigte (49,2%) einen Bruttostundenlohn unter der Niedriglohngrenze. Die Niedriglohngrenze wurde nach international angewendeten Kriterien der Organisation für ökonomische Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) errechnet. Demnach gilt der Stundenlohn einer Person als Niedriglohn, wenn er weniger als zwei Drittel des Medians aller erfassten Bruttostundenlöhne beträgt. Der Median ist der Wert, der alle erfassten Bruttostundenlöhne genau in zwei Hälften teilt. Im Jahr 2006 lag die so berechnete Niedriglohngrenze bei 9,85 Euro.

Die Anzahl der Angehörigen der einzelnen Gruppen atypischer Beschäftigung welchen lediglich den Niedriglohn verdienten sah im einzelnen so aus:

- Bei der größten Gruppe der atypisch Beschäftigten, den Teilzeitbeschäftigten mit wöchentlich 20 oder weniger Stunden, erhielten knapp ein Fünftel (19,5%) einen Niedriglohn.
- Befristet Beschäftigte hatten ein Niedriglohnrisiko von 36,0%.
- Am stärksten waren 2006 die geringfügig Beschäftigten (81,2%) von Niedriglöhnen betroffen.
- Auch die Zeitarbeit (67,2%) war häufig mit einem Niedriglohn verbunden.

Somit lag für alle Kategorien atypisch Beschäftigter das Niedriglohnrisiko deutlich höher als für Personen in einem Normalarbeitsverhältnis. Der Vollständigkeit halber sei aber festgehalten, dass Niedriglohn nicht nur ein Problem der atypisch Beschäftigten ist: "Immerhin 11,1% der Normalarbeitnehmerinnen und -arbeitnehmer bekamen 2006 auch einen Niedriglohn. Das waren von den nahezu 19 Millionen Beschäftigten, über die die Verdienststrukturerhebung repräsentative Aussagen macht, 1,6 Millionen Normalbeschäftigte mit einem Stundenverdienst unter der Grenze von 9,85 Euro. Berücksichtigt man, dass Betriebe mit weniger als zehn Beschäftigten und insbesondere die Wirtschaftsabschnitte Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, Öffentliche Verwaltung sowie Private Haushalte durch die Erhebung nicht abgedeckt sind, dürfte die Zahl der Niedriglohnbezieher noch höher liegen."

Berücksichtigt man weiter, dass 42,6% der Niedriglohnbezieher in einem Normalarbeitsverhältnis arbeiten, scheint das typisch us-amerikanische Phänomen der

"working poor" voll in Deutschland angekommen zu sein. Unter allen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland lag der Niedriglohnanteil bei 20,0%.

Auch wenn in Deutschland u.a. wegen der Möglichkeit soziale Transferleistungen zu erhalten ein Niedriglohn aus Erwerbstätigkeit nicht zwingend zu Armutsgefährdung führt, zeigt sich bei Auswertungen des Mikrozensus für 2008: Atypisch Beschäftigte nach EU-Definition sind deutlich häufiger armutsgefährdet (14,3%) als Personen in einem Normalarbeitsverhältnis (3,2%). Insgesamt waren in Deutschland 2008 6,2% aller Erwerbstätigen armutsgefährdet.

Das bei einer Pressekonferenz des Statistischen Bundesamt am 19. August 2009 vorgelegte, 27 Seiten umfassende statistische Material zum Thema "[Niedrigeinkommen und Erwerbstätigkeit](#)", kann kostenlos bezogen werden und enthält eine Fülle weiterer Angaben zum gruppenspezifischen Umfang, Art und zur Betroffenheit von atypischer Beschäftigung und niedrigem Einkommen.

Bernard Braun, 19.8.09

Schulden machen dick: Deutsche Studie zeigt Zusammenhänge zwischen finanzieller Überschuldung und Übergewicht



Zusammenhänge zwischen sozio-ökonomischem Status und Übergewicht sind schon in einer Reihe epidemiologischer Studien aufgezeigt worden. Wissenschaftler der Johannes Gutenberg-Universität Mainz haben nun aber auch einen eindeutigen Zusammenhang zwischen finanzieller Überschuldung und Übergewicht sowie Adipositas festgestellt. Überschuldete Menschen haben in Deutschland im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt ein höheres Risiko, übergewichtig oder fettleibig zu sein, auch wenn man andere Einflussfaktoren wie Schichtzugehörigkeit, Bildung oder das Rauchverhalten berücksichtigt.

Basis der jetzt in der Fachzeitschrift "BMC Public Health" veröffentlichten Studie sind zwei Erhebungen:

- Eine schriftliche Umfrage des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin unter 949 überschuldeten Menschen aus Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern aus den Jahren 2006 und 2007
- der mit Telefon-Interviews durchgeführte Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts bei einer repräsentativen Stichprobe von 8318 Deutschen aus dem Jahre 2003.

In einem Gruppenvergleich zeigt sich zunächst, dass in der Stichprobe der Überschuldeten 25 Prozent fettleibig waren im Vergleich zu 11 Prozent in der Durchschnittsbevölkerung. Da jedoch eine große Zahl von Faktoren für Übergewicht und Adipositas ursächlich sein können, führten die Wissenschaftler auch multivariate Analysen durch, in denen gleichzeitig neben der Überschuldung auch der Einfluss zum Beispiel des Bildungsniveaus, Alters, Geschlechts, Rauchverhaltens überprüft wurde. Dabei zeigte sich dann immer noch ein überaus starker Effekt der Variable "Überschuldung". Hierzu gehörige Personen wiesen eine fast zweimal so hohe Chance auf übergewichtig zu sein (Odds-Ratio 1,97) und eine zweieinhalb mal so hohe Chance für Adipositas (Odds-Ratio 2,56).

Die Forscher machen für diesen Zusammenhang vor allem die hohen Preise für gesunde Nahrungsmittel, fehlendes Wissen über preisgünstige, aber dennoch gesunde Ernährung und

vor allem die psychisch sowie sozial belastende Situation der überschuldeten Bürgerinnen und Bürger mitverantwortlich. Diese ökonomischen Entbehrungen können zu einer Neigung der betroffenen Personen zum "Trost-Essen" sowie zu körperlicher Inaktivität führen. Da die Ursachen-Wirkungs-Beziehung mit dem Studiendesign einer einmaligen Befragung nicht nachgewiesen werden kann, diskutieren die Wissenschaftler ebenso, ob Fettleibige eventuell eher ihren Arbeitsplatz verlieren und somit in die Überschuldungsfalle geraten können - schließlich ist Arbeitslosigkeit der häufigste Grund für eine Überschuldungssituation.

Wie die Wissenschaftler ausführen, können sich Schulden auf die Risikofaktoren für chronische Erkrankungen auswirken, beispielsweise indem weniger Freizeitaktivitäten stattfinden und die Teilnahme an sozialen Ereignissen reduziert wird. Auch die Qualität der Ernährung kann unter der Schuldensituation leiden: "Energiereiche Nahrungsmittel wie Süßigkeiten oder fettige Snacks sind meistens billiger als Nahrungsmittel mit geringerem Energiegehalt, etwa Früchte oder Gemüse." Angesichts dieser Befunde schlägt die Expertin vor, eine Niedrigpreiskampagne für gesunde Lebensmittel zu starten. Nötig wären außerdem weitere Studien, insbesondere Langzeitstudien, um eindeutige Aussagen über Ursache und Wirkung zu erhalten.

Die Überschuldung von Privatpersonen ist nicht nur ein finanzielles und juristisches Problem, sondern auch ein soziales und - wie nun gezeigt werden konnte - ein gesundheitliches Problem. "Die überschuldeten Bürgerinnen und Bürger und deren Familien brauchen zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention. Hier sind die Öffentliche Gesundheitspflege, also Bundes- und Landesministerien sowie Kommunen, und die Krankenkassen gefordert", so Münster.

Die Studie ist hier veröffentlicht (Abstract, von dieser Seite aus ist die kostenlose PDF-Datei mit dem Volltext verfügbar): [Eva Münster, Heiko Rüger, Elke Ochsmann, Stephan Letzel, André M Toschke: Over-indebtedness as a marker of socioeconomic status and its association with obesity: a cross-sectional study](#) (BMC Public Health 2009, 9:286doi:10.1186/1471-2458-9-286)

Gerd Marstedt, 11.8.09

Adhärenz bei Drogenabhängigen - und es geht doch



NutzerInnen illegaler Drogen gelten gemeinhin als schwieriges Klientel, auch in der medizinischen Versorgung. Seit 20 Jahren unterstützt ein interdisziplinäres Team aus Pflegenden, Ärzten, Zahnärzten, Zahnarthelfern und Sozialarbeitern in Berlin-Kreuzberg intravenös applizierende Drogenkonsumenten mit einem speziell auf diese Zielgruppe zugeschnittenen niedrigschwelligen, aufsuchenden und Sucht begleitenden Angebot. Nun erfuhr das Gesundheitsteam des eingetragenen Verein Fixpunkt e.V. eine besondere Auszeichnung für die langjährige, teilweise mühevoll Arbeit mit chronisch Drogenkranken und erhielt den mit 10.000 Euro dotierten Ehrenpreis des Berliner Gesundheitspreises.

Der vom AOK-Bundesverband und der Berliner Ärztekammer gemeinsam ausgelobte [Berliner Gesundheitspreis 2008](#) stand unter dem Motto "Gesagt ist nicht getan" und widmete sich dem Thema der Adherence. Nach der Formulierung des AOK-Bundesverbandes beschreibt [Adhärenz](#) das Maß der Übereinstimmung des Patientenverhaltens der mit den

gemeinsam mit Arzt oder Ärztin beschlossenen Behandlungszielen. Der Begriff Adherence trägt dem veränderten Rollenverständnis zwischen A(e)rztIn und PatientIn Rechnung, indem er eine partnerschaftliche Verständigung über Art und Umfang der Therapie voraussetzt und den PatientInnen eine aktive und eigenverantwortliche Rolle in der Therapie zubilligt. Der Begriff ersetzt zunehmend den herkömmlichen Ansatz der Compliance, dem eine asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung zugrunde liegt.

Der Arbeitsansatz des Fixpunkt-Gesundheitsmobils basiert auf den Prinzipien der Suchtakzeptanz und Hilfe zur Selbsthilfe, Gesundheitsförderung und Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Konsumenten illegaler Drogen stehen in den Mittelpunkt. Seit 2007 erfolgt im Rahmen eines niedrighschwelligem Angebots für intravenös applizierende Drogengebraucher in Berlin die Behandlung chronischer Wunden mit Methoden des "modernen Wundmanagement" nach ICW an (Initiative chronische Wunden). Chronisch-venöse Hautveränderungen spielen nämlich bei Langzeitgebranchern illegaler Drogen eine zunehmende Rolle. Biomedizinische und psychosoziale Besonderheiten dieser Gruppe erschweren die angemessene Behandlung chronischer Wunden und erfordern einen speziellen Therapieansatz.

Primäre Zielgruppe dieses neuartigen Therapieangebots sind Drogenabhängige mit chronischen Hautulcera, die mindestens 10-mal in einem Jahr zur Behandlung kommen. Dieses neue, patientenorientierte Verfahren, das aufgrund begrenzter Ressourcen nur ausgewählten Patienten zur Verfügung steht, ergänzt oder ersetzt bisherige Therapieansätze. Nach Einführung des Wundmanagement nach ICW zeigte sich ein signifikanter Zuwachs der medizinischen Kontakte drogenabhängiger Patienten aufgrund von chronischen Hautgeschwüren. Insgesamt stiegen die Behandlungszahl chronischer Ulcera seit Einführung des Wundmanagement um über 60 Prozent gegenüber den Durchschnittswerten der vorangegangenen vier Jahre und ihr Anteil an den Behandlungen insgesamt um 38 Prozent. Die verbesserte Adherence bei Anwendung des Wundmanagement nach ICW ermöglicht bei dieser speziellen Patientengruppe die wirksame Prophylaxe von Superinfektionen und anderen Komplikationen sowie insgesamt eine verbesserte Heilungstendenz bei chronischen Wunden.

Adherence ist eine wichtige Voraussetzung, um Patienten in speziellen gesundheitlichen und sozialen Bedingungen eine langwierige und belastende Behandlung zu ermöglichen. Angepasstes Wundmanagement nach ICW verbessert bei der Behandlung chronischer Wunden intravenös applizierender Drogengebraucher die Adherence und damit die Voraussetzungen für einen Therapieerfolg. Auch wenn der ursächliche Zusammenhang zwischen neuartigen Wundaufgaben und Behandlungsergebnis bisher unbewiesen ist, zeigt sich vermutlich aufgrund begleitender Maßnahmen eine Überlegenheit dieses Behandlungskonzepts bei der speziellen Zielgruppe Drogenabhängiger. Auf der Website des AOK-Bundesverbandes findet sich eine kurze Darstellung der Arbeit von Fixpunkt e.V.. Die G+G-Sonderausgabe zum Thema [Gesagt ist nicht getan - Adherence Arzt und Patient in gemeinsamer Verantwortung](#) stellt neben den beiden Hauptpreisträgern auch die Gesundheitsarbeit von Fixpunkt vor.

So weit, so gut. Neben der allgemeinen Anerkennung für die Arbeit des Gesundheitsteam von Fixpunkt e.V. brachte die Verleihung des Berliner Gesundheitspreises 2008 aber auch etwas ganz anderes zum Vorschein. Offenbar ist die Geschäftsleitung des mittlerweile auf über 30 MitarbeiterInnen angewachsenen Vereins weder mit grundlegenden Fragen des Personalmanagements vertraut noch den Anforderungen an die Personalführung bei einer solchen Zahl von Beschäftigten gewachsen. Der Vereinsvorstand, teilweise durch enge

verwandtschaftliche Beziehungen zur Geschäftsführung befangen, erweist sich als uninformiert über die Auswirkungen der verfehlten Personalführung auf das Versorgungsangebot und als nachhaltig unfähig, seiner Verantwortlichkeit sowohl für den Verein als auch für dessen MitarbeiterInnen nachzukommen und Schaden von dem Verein abzuwenden. So fördert er den Druck der Geschäftsführung auf einzelne MitarbeiterInnen, sich in der Gehaltsgruppe zurückstufen zu lassen, deckt das unverhohlenen Mobbing gegenüber solchen Angestellten, die sich dagegen zur Wehr setzen, und deckt das autoritäre Gebaren der Geschäftsführung.

Außenstehende bekommen unweigerlich den Eindruck, bei Fixpunkt herrschten Arbeitsverhältnisse wie bei Lidl. In der Tat empfinden etliche Mitarbeiter die Arbeitsbedingungen als bedrückend, Maßnahmen der Geschäftsführung als willkürlich und die Beschäftigungssituation bei Fixpunkt e.V. als demotivierend. Mobbing, Willkür und fehlende Transparenz und Partizipationsfähigkeit führen zunehmend zum Abwandern langjähriger, verdienter MitarbeiterInnen. Geäußerte Kritik hat nur dazu geführt, dass die Beschäftigten einen Maulkorb umgehängt bekommen und ihnen bei Zuwiderhandlung Abmahnung oder gar Entlassung drohen. Die Folgen einer derart unprofessionellen Personalpolitik erscheinen geeignet, eine wichtige Selbstverpflichtung von Fixpunkt e.V. in Frage zu stellen, nämlich die Aussage "Wir arbeiten verbindlich, kontinuierlich und kompetent", die ebenso im [Leitbild](#) des Vereins nachzulesen ist wie der Satz: "Wir pflegen Strukturen, die für jedeN MitarbeiterIn persönliche Entfaltungsmöglichkeiten schaffen", gegen den Vorstand wie Geschäftsführung ganz offensichtlich verstoßen. Auch die Aussage "Wir entwickeln und realisieren effektiv, zuverlässig und wirtschaftlich Angebote zur Verbesserung der Lebenssituation und der gesundheitlichen Situation von Konsumenten illegaler Drogen" (Hervorhebung Forum Gesundheitspolitik) bedarf sicherlich unter den aktuellen Umständen einer angemessenen Überprüfung.

Deren menschenverachtendes Verhalten, die völlige Kritikunfähigkeit und die Weigerung, den unhaltbaren Zuständen mit professioneller Hilfe zu begegnen, haben mittlerweile dazu geführt, dass ein ärztlicher Mitarbeiter wegen fristloser Kündigung die Arbeit auf dem Gesundheitsmobil einstellen musste und drei ÄrztInnen ihre Mitarbeit aufgekündigt haben. Deswegen und in Folge zusätzlicher, teilweise längerer Krankheitsausfälle des Pflegepersonals konnte Fixpunkt e.V. phasenweise eine Grundvoraussetzung für Adhärenz, nämlich die Kontinuität des Versorgungsangebots, nicht oder nur mit fachlich nicht adäquat vorbereitetem Personal aufrechterhalten. So fordert beispielsweise das britische Royal College of Nursing nicht nur eine regelmäßige Begutachtung der Wunden und ihrer Entwicklung, sondern empfiehlt auch, diese Kontrollen möglichst in der Hand eines hinreichend qualifizierten Behandlers zu belassen. Doch die unprofessionelle Personalpolitik von Fixpunkt e.V. hat erstens in der Wundbehandlung sehr erfahrene Experten herausgedrängt bzw. durch MitarbeiterInnen ohne gleichwertige Qualifikation ersetzt und zweitens das zuverlässige Aufrechterhalten der kontinuierlichen medizinischen Versorgung phasenweise unmöglich gemacht. Im ersten Halbjahr 2009 hat die soeben ausgezeichnete besondere Arbeit des Fixpunkt-Gesundheitsteams schweren Schaden genommen und die Träger des Vereins billigend eventuelle Befundverschlechterungen und Gefährdungen der PatientInnen in Kauf genommen. Das lässt sich aus den ausführlichen Guidelines des Royal College of Nursing ableiten, die hier kostenlos zum Download zur Verfügung stehen: [The nursing management of patients with venous leg ulcers](#).

Auch die Träger des Berliner Gesundheitspreises 2008 weigerten sich, diese Problematik angemessen zur Kenntnis zu nehmen, obwohl die AOK erneut in Ausgabe 03 ihres Medienservices vom 12.6.2009 in dem Beitrag [Krankheit durch Stress am Arbeitsplatz muss](#)

[nicht sein](#) ausdrücklich auf die krankmachenden Effekte von Distress und Kommunikationsproblemen im Arbeitsplatz hinweist. So erfolgte die Preisverleihung trotz der unübersehbaren Schwierigkeiten und die Berichterstattung in der entsprechenden [Presseerklärung](#) ließ diese Problematik unerwähnt. Auch die übrige mediale Berichterstattung stand eher im Zeichen von Friede, Freude und Eierkuchen denn im Dienste einer angemessenen Aufklärung der Öffentlichkeit. So berichtete der Berliner Tagesspiegel am 21.4.2009 anlässlich der Preisverleihung in dem Artikel Drogenbus am Kotti bekommt Gesundheitspreis über die Arbeit des Gesundheitsmobils vor Ort. Die grundlegenden Probleme in dem Verein und bei der Nachhaltigkeit des Angebots fanden in dem Beitrag [Wunder Punkt](#) ebenfalls keine Erwähnung.

Hier können die LeserInnen des Forum Gesundheitspolitik exklusiv die Präsentation als Volltext herunterladen, mit der sich das Team des Fixpunkt-Gesundheitsmobils erfolgreich um den Berliner Gesundheitspreis 2008 bewarb: [Behandlung intravenös injizierender Drogengebraucher mit chronischen Wunden im Rahmen eines niedrigschwelligen Angebots nach Leitlinien des modernen Wundmanagements gemäß ICW.](#)

Jens Holst, 17.6.09

Der Verzicht auf medizinische Versorgungsleistungen: In unteren Sozialschichten weitaus stärker ausgeprägt



Analysen sozialer Ungleichheit in gesundheitlichen Fragen haben bislang vor allem berufliche und ökonomische Belastungen sowie das Gesundheitsverhalten als Hintergrund für ungleich verteilte Quoten der Morbidität oder Lebenserwartung identifiziert. Anders als in den USA wurden hierzulande und in Europa bislang kaum einmal Hinweise gefunden, dass auch das medizinische Versorgungssystem soziale Ungleichheiten hervorruft oder verfestigt. Eine im Rahmen der sog. "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)" durchgeführte Analyse hat nun gezeigt, dass Angehörige unterer Sozialschichten weitaus häufiger als andere auf medizinische Leistungen aus Kostengründen oder wegen eines aufwändigen Zugangs verzichten.

Für die Erklärung schichtspezifischer Unterschiede bei Morbidität und Mortalität gibt es seit den Ausführungen von Mielck (1993) ein umfassendes theoretisches Koordinatensystem. Der "soziale Gradient" ist danach zu erklären durch höhere gesundheitliche Belastungen, geringere Bewältigungsmöglichkeiten, ungesünderes Verhalten und eine schlechtere medizinische Versorgung unterer Sozialschichten. Die exakte empirische Erforschung und Gewichtung der hier wirksamen Bedingungen schreitet allerdings in Deutschland nur zögerlich voran. Insbesondere für die Einflussdimension "schlechtere medizinische Versorgung unterer Sozialschichten" fanden sich bislang nur wenige empirische Befunde, sieht man von Indikatoren wie Wartezeiten auf einen Arzttermin oder Inanspruchnahme von Früherkennung einmal ab, auch wenn einzelne empirische Studien durchaus Hinweise hierzu geliefert haben (vgl. etwa: [Oberschicht-Angehörige erhalten nach einem Herzinfarkt öfter eine bessere medizinische Versorgung - und leben danach länger](#)).

Im Rahmen der europäischen SHARE-Studie werden seit 2004 in elf Ländern Daten zum Gesundheitszustand, sozioökonomischen Status sowie zu den sozialen und familiären Netzwerken der über 50jährigen Bevölkerung erhoben. In einer Teilauswertung der Daten von

über 14 Tausend Teilnehmern aus Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien und Schweden gingen deutsche und niederländische Wissenschaftler nun der Frage nach, ob sich Unterschiede finden in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die nicht mit dem Gesundheitszustand zusammenhängen, sondern der Schichtzugehörigkeit. Die dazu ausgewertete Frage hieß: Haben Sie in den letzten 12 Monaten auf irgendwelche medizinischen Leistungen verzichtet, entweder wegen der Kosten oder weil diese Leistungen gar nicht oder nicht so leicht verfügbar waren?

Im Rahmen einer multivariaten Analyse, bei der dann Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und das Vorliegen chronischer Erkrankungen kontrolliert wurde, zeigte sich: Tatsächlich verzichten Angehörigen der untersten Sozialschicht sehr viel häufiger darauf, bestimmte medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Besonders stark ausgeprägt ist dieser Befund in den beiden Untersuchungsländern Griechenland und Deutschland. In Deutschland findet sich ein solcher Verzicht in der untersten Sozialschicht etwa doppelt so oft wie in der Oberschicht.

In der Diskussion ihrer Analysebefunde weisen die Autoren darauf hin, dass die Ergebnisse noch sehr stark interpretationsbedürftig sind und von daher weitere Forschungsarbeiten dringend nötig wären, um eine Reihe von Fragen zu erklären: Um welche medizinischen Leistungen handelt es sich vorwiegend? Welche negativen gesundheitlichen Effekte hat dieser Verzicht? Aus welchen Motiven und Rahmenbedingungen resultiert das Verhalten?

Die Studie ist hier im Volltext verfügbar: [Andreas Mielck, Raphael Kiess, Olaf von dem Knesebeck, Irina Stirbu, Anton E Kunst: Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries - analyses based on survey data from the SHARE-study](#) (BMC Health Services Research 2009, 9:52; doi:10.1186/1472-6963-9-52)

Gerd Marstedt, 3.5.09

"Das Design bestimmt das Bewusstsein" nicht nur in Bayern - Wissenswertes und Hilfreiches für Jedermann zu Gesundheitsberichten



Immer mehr Bundesländer erstellen eine qualitativ weit über die traditionelle Seuchen- und Medizinalstatistik hinausgehende Gesundheitsberichterstattung und stellen die Ergebnisse dem interessierten landes- und bundesweiten Publikum auch über das Internet zur Verfügung.

Dies gilt auch für das Land Bayern, das diese Aufgabe im Wesentlichen dem "Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit" übertragen hat. Dessen Arbeiten verdienen außerbayrisch weniger wegen der "Pflicht", d.h. der Erstellung von regelmäßigen Gesundheitsberichten (in Bayern unter der Bezeichnung "Gesundheitsmonitor") Aufmerksamkeit (außer man sucht nach Daten über die Gesundheit in Bayern), sondern wegen einiger "Kür"-Arbeiten, die wissenschaftlich und praktisch auch außerhalb Bayerns ausgesprochen nützlich sind.

Einen [Überblick über das gesamte Internetangebot des Landesamtes](#) listet dies u.a. nach den Schwerpunkten Arbeitsschutz und Produktsicherheit (z.B. Heben und Tragen von Lasten - Ratgeber zur ergonomischen Lastenhandhabung), Gesundheit (z.B. Neugeborenen-Hörscreening: Vierter Zwischenbericht), Umweltmedizin (z.B. Mobilfunk:

Mobilfunkbasisstationen und menschliche Befindlichkeit), Lebensmittel und schließlich Gesundheitsberichterstattung auf.

Vier der erwähnten Kür-Berichte aus dem Bereich Gesundheitsberichterstattung (GBE) sollen etwas ausführlicher vorgestellt werden. Zwei der drei Berichte beschäftigen sich mit der Erklärung von regionalen Sterblichkeitsunterschieden im allgemeinen und speziell zwischen Nord- und Südbayern. Der Band 3 der "Gesundheitsberichterstattung für Bayern" geht von der bereits vorher bekannten Tatsache der regionalen Unterschieden der Sterblichkeit aus und erhebt sowie bewertet auf 48 Seiten das unterschiedliche Gesundheitsverhalten als wichtigen zwischen sozioökonomischen Bedingungen und Mortalitätsunterschieden vermittelnden Faktor.

Zusätzlich stellt eine 42-seitige für das Landesamt erstellte Studie die verschiedenen sozialepidemiologischen Erklärungen für regionale Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede dar. Als Erklärungsansätze werden kurz, vollständig und verständlich die Bevölkerungszusammensetzung, der regionale soziale Status, die Environmental Justice, die Einkommensungleichheit und das soziale Kapital dargestellt.

Die erste der beiden "Handlungshilfen" beschäftigt sich auf lediglich 34 Seiten in sehr praxisorientierter und wissenschaftlich klarer wie differenzierter Art u.a. mit Grundbegriffen und Maßzahlen der Epidemiologie wie Kausalität und Assoziation, Prävalenz und Inzidenz und verschiedenen Effektmaße, mit statistischen Methoden in der Epidemiologie wie Altersstandardisierung und Signifikanzprüfung sowie einem anschaulichen Überblick über Typen epidemiologischer Studien und dabei mit den Evidenzklassen, der Objektivität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität von Studien.

Ebenfalls sehr anschaulich und konzentriert befasst sich der Band 4 der Handlungshilfen für die GBE-Praxis unter dem Motto "das Design bestimmt das Bewusstsein" mit medialen Aspekten der GBE. Hier geht es darum, mit welchen Darstellungs- und Abbildungsformen die Ergebnisse wissenschaftlicher Analysen an die interessierte politische Öffentlichkeit vermittelt werden können und was man dabei zum eigenen Nutzen nicht machen sollte. Nach ein wenig Theorie über das Prinzip "form follows function", geht es wiederum mit guten und schlechten Beispielen illustriert um das Layout und die Gestaltung von Gesundheitsberichten und deren Vermarktung in Presseerklärungen und barrierefreien Internetdokumenten. Viele der Hinweise sind auch für die Erstellung von Bachelorarbeiten oder Fakten-Papieren hilfreich. Sicherlich trägt zum Nutzen dieser Handlungshilfe bei, dass sie sich praktisch an den eigenen Ratschlägen orientiert, also nicht nur Tipps auflistet, sondern selber eine Art "model of good practice" darstellt.

Der 48-seitige Band 4 der Schriftenreihe "GBE-Praxis" "[Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung Handlungshilfe](#)" steht kostenlos zur Verfügung.

Dies gilt auch für

- die 48-Seiten-Studie "[Gesundheit regional Gesundheitsberichterstattung für Bayern 3. Eine Untersuchung zu regionalen Unterschieden des Gesundheitsverhaltens](#),
- die theoretische Fundierung zur Erklärung regionaler Gesundheitsunterschiede in dem Band "[Erklärungsmodelle regionaler Gesundheitsunterschiede Fachinformation Gesundheit. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz für das Projekt "Gesundheit regional" Eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Gesundheitsverhalten in Bayern.](#)

42 Seiten, und für

- die Handlungshilfe 2 "[Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung Begriffe, Methoden, Beispiele](#)".

Bernard Braun, 31.3.09

Umverteilung verbessert die Gesundheit - Vergleich der Sozialpolitik von 18 OECD-Ländern



Welche Bedeutung haben Prinzipien des Wohlfahrtsstaats für die Bevölkerungsgesundheit? Dies ist das Thema einer kürzlich im LANCET veröffentlichten Studie. Die aus Schweden, Dänemark, Finnland und Norwegen stammenden Wissenschaftler untersuchten dafür die Familienpolitik der Jahre 1950 bis 2000 und die Rentenpolitik von 1930 bis 2000 in 18 OECD-Ländern. Sie analysierten das Ausmaß der materiellen Umverteilung an Familien und an alte Menschen.

Die Sozialpolitik wurde mit Hilfe des [Social Citizenship Indicator Program](#) analysiert, einer Datenbank, welche anhand von Sozialindikatoren die Sozialpolitik von 18 Ländern seit 1930 abbildet.

Bestimmt wurde der Anteil der Umverteilung am Durchschnittseinkommen eines Arbeitnehmers bzw. eines Haushaltes ("replacement rate"). Die Forscher gingen davon aus, dass der Umfang der finanziellen Umverteilung (im Bericht als "generosity" - Großzügigkeit bezeichnet) ihre Wirkung über die Vermehrung der materiellen und der nicht-materiellen Ressourcen entfaltet. Materielle Umverteilung erfolgt in den untersuchten Ländern u.a. über die Sozialversicherungen, die Unterstützung von Familien, die Kinderbetreuung und die Versorgung von alten Menschen.

Drei Arten von Familienpolitik wurden unterschieden.

- Eine universale Sozialpolitik mit dem expliziten Ziel der Chancengleichheit, wie sie von den nordischen Länder (Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden) verfolgt wird. Diese Politik geht mit ausgeprägter Umverteilung einher und finanziert sich mit hohen Steuern, sie bietet öffentliche Dienstleistungen wie Kinderbetreuung an und unterhält einen großen öffentlichen Sektor. Familienpolitisch unterstützen diese Länder die Zweiverdiener-Familien mit gleichberechtigter Aufteilung von Erwerbs- und Familienarbeit zwischen Frau und Mann ("dual-earner model").
- Ein zweiter Typ von Familienpolitik ("market-oriented model") beschränkt sich im Wesentlichen auf die Unterstützung derjenigen, die arm sind. Dies gilt z.B. für die USA, England, Australien und Japan.
- Eine dritte Form der Sozialpolitik fokussiert auf die soziale Unterstützung der traditionellen Familie mit dem Mann als Einkommenserzieler ("general family model") und gilt u.a. für Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien.

Die Auswertung für die Familienpolitik ergibt das höchste Ausmaß an materieller Umverteilung für die Länder mit dem Zwei-Einkommenmodell. Eine Mittelstellung nehmen die Länder mit dem allgemeinen Familienmodell ein. Die geringste Umverteilung erbringt das Markt-orientierte Modell.

Die Kindergesundheit steht in enger Verbindung mit dem Ausmaß der Umverteilung - je höher der Transfer, desto niedriger die Kindersterblichkeit. Die weltweit niedrigste Kindersterblichkeit besteht neben Japan in Schweden, Finnland und Norwegen. Hier hatte die Politik Mitte bis Ende der 1960-er Jahre für einen schnellen Anstieg der Umverteilung in

Richtung von Familien mit zwei berufstätigen Eltern gesorgt, hauptsächlich durch Elternzeiten mit einkommensabhängigem Elterngeld. Dies sicherte die beiden Einkommen und senkte die Armutsquoten bei Familien mit Kindern. Ein Zusammenhang zwischen Kindersterblichkeit und Bruttoinlandsprodukt konnte für die untersuchten Länder nicht festgestellt werden.

Bezüglich der Rentenpolitik werden ebenfalls drei Typen unterschieden, je nach Ausprägung der staatlich gewährleisteten Absicherung. Diese ist in Finnland, Norwegen und Schweden umfassend ("encompassing"). Länder wie Deutschland, Österreich, Belgien, Italien und Japan nehmen eine Zwischenstellung ein ("corporatist"). In den USA, England, Kanada, Australien und herrscht die private finanzielle Altersabsicherung vor ("targeted").

Bei der Rentenpolitik geht ein höheres Maß an Umverteilung bezüglich der Grundrente mit niedrigerer Sterblichkeit einher. Dies dürfte daran liegen, dass hauptsächlich die Bezieherinnen einer niedrigen Rente von der Umverteilung profitieren und damit die Altersarmut gemindert wird.

Die Autoren schlussfolgern, dass die Sozialpolitik eines Landes über das Ausmaß der materiellen Umverteilung wesentlichen Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit hat. Ein Mangel an Ressourcen führt zu erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken. Ökonomische Ressourcen sind am wichtigsten, weil sie leicht in andere Formen von Ressourcen umgewandelt werden können, die den Menschen helfen, ihre Lebensbedingungen zu kontrollieren und zu lenken. Daher sei die Sozialpolitik von großer Bedeutung für die Minderung der sozialen Ungleichheit der Gesundheit.

Die Studie ist kostenlos als Abstract und nach Anmeldung ebenfalls kostenlos herunterladbar. Lundberg et al. [The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study](#). The Lancet 8. November 2008

David Klemperer, 29.11.08

Englische Studie: Mehr Parks und Grünanlagen in ärmeren Wohngebieten könnten gesundheitliche Ungleichheit verringern



Untersucht man bei der gesamten englischen Bevölkerung, die noch nicht im Rentenalter ist, also bei knapp 41 Millionen Personen nur zwei Merkmale, nämlich die Einkommenshöhe und die Nähe der Wohnung zu Parks und Grünflächen, dann zeigt sich: Die Gesamt-Mortalität fällt auch innerhalb derselben Einkommensgruppen bei jenen Personen deutlich niedriger aus, die in der Nähe von Grünflächen wohnen. Und noch deutlicher sieht dieser Befund aus bei der Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauferkrankungen. Mehr Parks und Grünanlagen in ärmeren Wohngebieten, so eine Schlussfolgerung der jetzt in der Zeitschrift "Lancet" veröffentlichten Studie, könnten also zur Verringerung sozialer Ungleichheit beitragen.

Zwei schottische Wissenschaftler haben sehr unterschiedliche Datensätze zusammengefügt. Zunächst erfassten sie bei der englischen Bevölkerung vor dem Rentenalter anonymisierte Daten über Todesfälle und Todesursachen. Bei diesen Datensätzen war jedoch jeweils angegeben, in welchem kleinräumigen Bezirk oder Areal der Verstorbene gewohnt hatte. Das

gesamte United Kingdom ist in diese Areale aufgeteilt, sogenannte "lower level super output areas (LSOA)", die jeweils etwa 4 Quadratkilometer und im Durchschnitt 1.500 Personen umfassen. In einem Register ist für jedes einzelne Areal festgehalten, wie groß die naturbelassene Fläche (Parks, Wälder, Flussebenen, Wiesen) ist. Entsprechend dieser Angabe wurden die Areale in fünf Gruppen aufgeteilt, von sehr niedriger oder fehlender Grünfläche bis hin zu sehr großer Grünfläche.

Darüber hinaus schätzten die Wissenschaftler das für die einzelne Areale jeweils durchschnittliche Einkommensniveau - wie dies genau und im Einzelnen erfolgte, geht aus der Veröffentlichung leider nicht hervor. Diese Daten der LSOAs: Einkommenshöhe, Größe der Grünfläche als Einflussfaktoren und Todesfälle bzw. krankheitsspezifische Todesfälle wurden dann in Beziehung gesetzt.

Als Ergebnis zeigte sich: Die Unterschiede zwischen armen und reichen Wohngebieten lassen sich auch an den Sterblichkeitsraten ablesen. Jedoch ist dieser Unterschied weitaus deutlicher in Gegenden mit wenig öffentlichem Grün, und sehr viel schwächer ausgeprägt in Arealen mit sehr viel Wäldern und Parks. Konkret:

- Bei der Gesamt-Sterblichkeit betrug die Inzidenzrate (IRR, Quote der Todesfälle) in den grünen Wohngebieten 1,43 und in den weniger grünen Wohngebieten 1,93.
- Berücksichtigte man nur Herz-Kreislauf-Erkrankungen, waren die Unterschiede zwischen arm und reich noch deutlicher: Die IRR betrug 1,54 in den grünen und 2,19 in den weniger grünen Arealen.

Eine Erklärung sehen die Forscher Richard Mitchell und Frank Popham in unterschiedlichen Freizeitmöglichkeiten, die es Bewohnern grüner Bezirke eher erlauben, Sport zu betreiben oder sich von beruflichem Stress zu erholen. Mehr Parks und Grünflächen in ärmeren Wohngebieten wären nach ihrer Ansicht daher ein nachhaltiger Beitrag zur Gesundheitsförderung.

Die Studie ist nach kostenloser Registrierung im "Lancet" auch im Volltext verfügbar: [Richard Mitchell, Frank Popham: Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population](#) (The Lancet, Volume 372, Issue 9650, Pages 1655 - 1660, 8 November 2008)

Die große Zahl der hier berücksichtigten Daten und die Stichprobengröße mag zunächst beeindrucken und den Ergebnisse eine hohe Zuverlässigkeit bescheinigen. Tatsächlich könnte in der Studie wieder einmal nur eine Scheinkorrelation erfasst worden sein. Denn mit der Einkommenshöhe ist zwar ein wichtiger Einflussfaktor, aber keineswegs der einzige kontrolliert worden. So wäre es nicht überraschend, wenn in den grüneren Wohngebieten nicht nur die Einkommensstärkeren zu finden sind, sondern auch jene, die mehr Wert legen auf einen gesundheitsbewussten Lebensstil (Rauchen, Bewegung, Ernährung). Ob dem so ist, wäre nur durch differenziertere Analysen nachweisbar.

Dass Interventionen nicht ganz so einfach nach dem vorgeschlagenen Muster verlaufen: "Mehr Parks und Grünflächen motivieren Bewohner zu mehr Sport und Bewegung, was sich dann in besserer Gesundheit niederschlägt", hat unlängst eine niederländische Studie gezeigt. Knapp 5.000 Personen waren dort befragt worden über ihr Ausmaß an Sport und körperlicher Bewegung, ihren sozialen Status und ihren Gesundheitszustand sowie die Größe der Grünflächen innerhalb eines Radius von einem Kilometer um ihre Wohnung und innerhalb von drei Kilometern. Das Ergebnis verlief hier sogar gegenteilig zu den Erwartungen: Personen, denen mehr Grünflächen in der Nähe zur Verfügung standen, zeigten in deutlich

geringerem Umfang, dass sie Fahrrad fahren oder zu Fuß gehen, sowohl was die Häufigkeit als auch, was den Zeitumfang anbetrifft. Dafür allerdings - und dies erklärt in großem Umfang das Ergebnis - verbrachten sie mehr Zeit mit Gartenarbeit.

Diese Studie ist im Volltext kostenlos verfügbar: [Jolanda Maas, Robert A Verheij, Peter Spreuwenberg, Peter P Groenewegen: Physical activity as a possible mechanism behind the relationship between green space and health: A multilevel analysis](#) (BMC Public Health 2008, 8:206doi:10.1186/1471-2458-8-206)

Gerd Marstedt, 13.11.08

WHO-Studie: Soziale Faktoren und nicht Erbanlagen erklären die großen Unterschiede bei Lebenserwartung und Gesundheitszustand



Ein Kind, das in einem Vorort von Glasgow in Schottland geboren wurde, kann unter Umständen eine Lebenserwartung haben, die um 28 Jahre kürzer ist als die eines anderen Kindes, das nur 13 km entfernt aufgewachsen ist. Ein Mädchen in Lesotho (im südlichen Afrika) hat im Durchschnitt eine 42 Jahre kürzere Lebenserwartung als ein japanisches Mädchen. In Schweden liegt die Mortalitätsquote für eine Frau während der Schwangerschaft und Geburt bei 1:17.400, in Afghanistan beträgt das Risiko 1:8. Biologie und Genetik können diese Unterschiede nicht erklären, tatsächlich resultieren die Unterschiede bei Morbidität und Mortalität innerhalb von Ländern und zwischen ihnen aus den sozialen Lebensbedingungen, unter denen Menschen geboren werden, heranwachsen, arbeiten und altern - dies sind die Kernaussagen eines jetzt veröffentlichten WHO-Reports über Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit und Veränderungsmöglichkeiten.

Die "sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit" waren drei Jahre lang Gegenstand einer Untersuchung von aktuellen und früheren Politikern und Wissenschaftlern, die im Auftrag der WHO gearbeitet haben und jetzt ihren Bericht über gesundheitliche Ungleichheit und politische Möglichkeiten der Veränderung vorgelegt haben. Die Autoren weisen darauf hin, dass es seit langem Studien gibt, die ungerechte und vermeidbare Ursachen von Krankheit aufzeigen und dabei große Unterschiede zwischen Ländern feststellen. Aber auch innerhalb einzelner Länder bestehen große Unterschiede, die überwiegend sehr deutlich auf den sozialen Hintergrund der Krankheitsverursachung verweisen:

- Die Lebenserwartung für männliche Ureinwohner in Australien ist um 17 Jahre kürzer als die der anderen Männer im fünften Kontinent.
- Die Müttersterblichkeit ist in Indonesien bei Armen 3-4mal höher als bei Reichen.
- Im United Kingdom unterscheidet sich die Sterblichkeit von Stadtbewohnern in ärmeren und besser gestellten Bezirken um das 2-3fache.
- Die Kindersterblichkeit in den Slums von Nairobi ist 2.5mal höher als in den übrigen Bezirken der Stadt.
- in Uganda beträgt die Sterblichkeit der Kinder unter 5 Jahren in den reichsten Haushalten etwa 106 von 1000. In den ärmeren Haushalten liegt diese Quote bei 192:1000.

Hinsichtlich der Frage politischer Veränderungen liegt ein Großteil der Möglichkeiten jenseits des medizinischen Sektors, erklärte ein Mitglied der WHO-Kommission. "Das Problem von Krankheiten, die durch schmutziges und verseuchtes Trinkwasser verursacht werden, liegt nicht darin, dass es einen Mangel an Antibiotika dort gibt. Vielmehr liegt es am verseuchten

Wasser und an den politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen, durch die sauberes Trinkwasser für alle nicht zur Verfügung gestellt wird. Übergewicht und Adipositas sind nicht verursacht durch ein persönliches Versagen von Individuen, sondern durch das Überangebot an zucker- und fettreichen Nahrungsmitteln.

- Hier ist eine umfangreiche Pressemitteilung der WHO: [Inequities are killing people on a "grand scale" reports WHO's Commission](#)
- Auf dieser Website mit dem WHO-Report gibt es unterschiedlichen Download-Möglichkeiten: [Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health](#)

Gerd Marstedt, 28.8.2008

Das Informations- und Partizipationsverhalten in unteren Sozialschichten bewirkt auch soziale Ungleichheit in der Versorgung



Meldungen aus den USA über extrem hohe soziale Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung und der Versorgungsqualität können kaum noch überraschen, zu häufig sind inzwischen die Befunde aus wissenschaftlichen Studien. Für Deutschland indes wurde zuletzt gehäuft festgestellt, es sei "unwahrscheinlich, dass Versorgungsdefizite einen substantziellen Beitrag zur Erklärung der höheren Krankheitslast und vorzeitigen Sterblichkeit in den unteren Statusgruppen leisten." (vgl.:

[Lampert/Mielck: Gesundheit und soziale Ungleichheit - Eine Herausforderung für Forschung und Politik](#))

Eine jetzt veröffentlichte Studie der Bertelsmann-Stiftung hat mit Daten des "Gesundheitsmonitor" nun allerdings gezeigt, dass solche Versorgungsdefizite daraus entstehen, dass Angehörige unterer Sozialschichten ein ganz anderes Informations- und Partizipationsverhalten im Versorgungssystem aufweisen als Patienten der Oberschicht mit hohem Bildungsniveau. Ausgangspunkt der Studie sind drei Hypothesen, nach denen die Chancen zu einer erfolgreichen Therapie höher sind, wenn ein Patient a) informiert ist über Entstehungshintergründe seiner Krankheit und Symptome, über Präventionsmöglichkeiten und auch unterschiedliche Therapie-Alternativen, b) im Rahmen der Therapie eigene Kenntnisse und Erwartungen einbringt und an Entscheidungen partizipiert und c) seinen Arzt sehr sorgfältig aussucht und gegebenenfalls auch wechselt.

Hiervon ausgehend wird mit Daten des Gesundheitsmonitor aus mehreren Erhebungswellen seit 2004 Fragestellungen nachgegangen, die schichtspezifische Differenzen für eine Reihe von Verhaltensweisen überprüfen, die damit in engem Zusammenhang stehen, und zwar:

- bei der Klärung oder Vertiefung ärztlicher Informationen im Zusammenhang eines Arztbesuchs,
- beim Wunsch nach Mitbestimmung bei der Festlegung der Therapie (Shared Decision Making),
- bei der Auswahl eines Arztes und den dabei maßgeblichen Kriterien sowie beim Arztwechsel,
- hinsichtlich des Verständnisses medizinischer Informationen im Rahmen von Medikamenten-Beipackzetteln.

Tatsächlich zeigt sich in den Daten, für fast alle überprüften Handlungsorientierungen, dass

Unterschicht-Patienten hier spezifische Tendenzen aufweisen, und zwar solche, die einer erfolgreichen Therapie eher abträglich sind. Das Bemühen um eine Klärung, Ergänzung oder Vertiefung ärztlicher Informationen im Zusammenhang mit einem Arzttermin ist bei Unterschicht-Angehörigen deutlich schwächer ausgeprägt und ebenso ist das Interesse an Shared Decision Making als Ausdruck eines Wunsches nach Mitbestimmung bei der Therapie deutlich geringer. Zugleich finden sich seltenere Arztwechsel und eine geringere Differenzierung zwischen Ärzten. Dass es große Unterschiede gibt (Fachwissen, Sozialkompetenz), wird bei unteren Bildungsschichten weniger stark wahrgenommen. Schließlich lässt sich am Beispiel der Arzneimittel-Informationen (Beipackzettel) aufzeigen, dass das Verständnis medizinischer Informationen sehr viel mehr Probleme bereitet und teilweise größere Ängste und Irritationen hervorruft.

Insgesamt entsteht so der Eindruck, dass die Informationsbemühungen in Gesundheitsfragen und auch der Wunsch nach Mitbestimmung in der Arztpraxis bei Patienten mit niedrigem Bildungsniveau sehr viel geringer sind. Der "informierte und partizipations-interessierte Patient" ist in unteren Sozialschichten eher eine Ausnahmeerscheinung. Die in diesem Leitbild verborgenen Verhaltensnormen sind eher charakteristisch für mittlere und obere Sozialschichten. Ähnlich wie beim Informationsverhalten zeigt sich auch bei der "Navigation" im Versorgungssystem, also bei Auswahl und Wechsel eines Arztes, eine sehr viel größere Passivität und ein geringeres Engagement unterer Sozialschichten. Da diese Verhaltensmerkmale jedoch, wie eine große Zahl empirischer Studien gezeigt hat, durchaus bedeutsam sind für den Therapieerfolg, ergeben sich für Unterschicht-Patienten dann tendenziell schlechtere medizinische Versorgungseffekte: Sie verzichten auf eigenständige "Recherchen" vor oder nach Arztbesuchen und ebenso auf eine Mitsprache bei Therapie-Entscheidungen, obwohl dadurch in vielen Fällen therapeutische Alternativen ins Blickfeld rücken würden, die ihren persönlichen Interessen stärker entgegen kämen. Und sie bemühen sich weniger stark, einen Arzt zu finden, der ihren persönlichen Erwartungen entspricht, was vielfach zumindest die Chancen zu einer besseren Arzt-Patient-Kommunikation reduziert.

Die Autoren fassen ihre Befunde so zusammen, dass eine "von Ärzten gewollt oder ungewollt realisierte Ungleichbehandlung eher die Ausnahme ist. Was unsere Befunde allerdings andeuten, ist eine gesellschaftlich suggerierte Chancengleichheit der medizinischen Versorgung, die in dieser Form nicht mit der Realität übereinstimmt. Patienten, die sich umfassender und nicht nur in der Arztpraxis gesundheitlich informieren, die sich bei anstehenden Therapie-Entscheidungen persönlich einmischen, und die ihren Arzt sehr sorgfältig auswählen und gegebenenfalls wechseln, haben bessere Chancen einer erfolgreichen Krankheitsvorbeugung oder Behandlung. Und exakt diese Verhaltensmerkmale und damit assoziierte Normen und Orientierungen sind jedoch, wie unsere empirischen Befunde gezeigt haben, bei Unterschicht-Patienten deutlich schwächer ausgeprägt." Diskutiert wird auch eine Reihe von Veränderungsmöglichkeiten, die für die Wissenschaftler insbesondere im Bereich einer besseren und flexibleren, auf individuelle Voraussetzungen und Motive zugeschnittenen Patienteninformation liegt.

Die Studie ist hier kostenlos verfügbar: [Soziale Ungleichheit: Schichtspezifisches Informations- und Partizipationsverhalten in der ambulanten Versorgung](#) (Gesundheitsmonitor, Newsletter 3/2008)

Gerd Marstedt, 24.8.2008

Geburten unter schlechten ökonomischen Rahmenbedingungen erhöhen das Mortalitäts-Risiko durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen



Tödliche Herz-Kreislauf-Erkrankungen im hohen Lebensalter können auch verursacht sein durch ungünstige ökonomische Rahmenbedingungen zum Zeitpunkt der Geburt. Dies ist das Ergebnis einer Studie, die das Institut zur Zukunft der Arbeit (IZA) jetzt veröffentlicht hat. Wenn zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes ungünstige wirtschaftliche Rahmenbedingungen herrschen, führt dies zu einem deutlich höheren Risiko, dass die betreffende Person später an Herz-Kreislauf-Erkrankungen stirbt. Kinder, die in Rezessionszeiten geboren wurden, sterben im Durchschnitt 15 Monate früher als diejenigen, die unter besseren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zur Welt kamen. Hauptgrund dafür ist ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine Forschergruppe um IZA-Programmdirektor Gerard van den Berg (Freie Universität Amsterdam) ist angesichts dieses Befunds der Frage nachgegangen, welche Ursachen hierfür maßgeblich sind.

Den Forschern standen Daten für Personen zur Verfügung, die um das Jahr 1900 geboren wurden. Ein solch weiter Blick in die Vergangenheit ist notwendig, um die langfristigen Auswirkungen auf die Sterblichkeit festzustellen. Als besonders geeignet erwiesen sich Daten zu dänischen Zwillingen, da deren Todesursachen über Jahrzehnte hinweg systematisch dokumentiert wurden. Zudem ließen sich anhand dieser Daten Zusammenhänge zwischen den Gesundheitszuständen der Zwillingspaare ermitteln. In der Tat zeigten sich dabei auffällige Ähnlichkeiten im Gesundheitsbild der Zwillinge, die in "schlechten Zeiten" geboren wurden. "Erstaunlich ist, dass die negativen gesundheitlichen Auswirkungen einer Geburt in Rezessionszeiten oft erst siebenzig bis achtzig Jahre später bemerkbar werden", erklärte Gerard van den Berg. "Bis in dieses Alter lassen sich keine Auffälligkeiten feststellen, auch das Krebsrisiko ist annähernd gleich. Dann aber wächst das Risiko einer lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Erkrankung für diese Gruppe deutlich an."

Als Ursache für den Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Lage zum Geburtszeitpunkt und dem Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen die Forscher insbesondere die Kombination von unzureichender Ernährung und mangelnder medizinischer Infrastruktur in der frühen Lebensphase an. Ein rezessionsbedingt geringes Haushaltseinkommen ist offenbar weniger schädlich für die langfristige Gesundheit eines Neugeborenen, sofern in der Umgebung gute Gesundheits- und Hygieneeinrichtungen vorhanden sind. Denkbar ist nach Ansicht der Forscher allerdings auch, dass sich Stress, dem die Eltern eines Neugeborenen in wirtschaftlich schlechten Zeiten ausgesetzt sind, auf die Kinder überträgt und die Anfälligkeit für Herzkrankheiten erhöht.

Zwar lassen sich die Ergebnisse der Analyse nicht ohne weiteres auf heute Geborene übertragen. Trotz medizinischen Fortschritts und verbesserter Hygienebedingungen spricht jedoch einiges dafür, dass heute andere Risikofaktoren wie Stress und falsche Ernährung eine ähnliche Wirkung entfalten. Dass ein Zusammenhang zwischen Wirtschaftslage und Krankheitsrisiko besteht, wird auch durch weitere Untersuchungen untermauert, denen zufolge ein niedriges Geburtsgewicht, das häufiger in Rezessionszeiten anzutreffen ist, negative Auswirkungen auf die Gesundheit im höheren Erwachsenenalter hat. Nach den Ergebnissen der Studie könnte es sinnvoll sein, unter widrigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen geborene Jugendliche bereits zu einem frühen Zeitpunkt auf Indikatoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen hin zu untersuchen und gegebenenfalls vorbeugende

Maßnahmen anzubieten, darunter auch Programme zur Förderung gesunder Ernährung.

Der Volltext der englischsprachigen Studie (PDF, 45 Seiten) ist kostenlos hier verfügbar: [Gerard J. van den Berg u.a.: Being Born Under Adverse Economic Conditions Leads to a Higher Cardiovascular Mortality Rate Later in Life: Evidence Based on Individuals Born at Different Stages of the Business Cycle](#) (IZA Discussion Paper No. 3635, Bonn: August 2008)

Gerd Marstedt, 12.8.2008

Rentner und Pensionäre mit hohen Ruhestandsbezügen haben auch eine höhere Lebenserwartung



Männliche Ruheständler (Rentner, Pensionäre), die früher in ihrem Berufsleben ein höheres Einkommen hatten und daher auch höhere Altersbezüge haben, leben im Durchschnitt deutlich länger als Männer mit einem niedrigeren Lebenseinkommen. Je nach wirtschaftlicher und sozialer Lage unterscheidet sich die weitere Lebenserwartung von 65-jährigen Männern um bis zu fünf Jahre. Pensionierte Beamte leben zwei Jahre länger als Rentner. Zu diesen Ergebnissen kommen

Wissenschaftler/innen des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) in Berlin und des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels.

Die "sozialen Unterschiede bei der Lebenserwartung", so die Wissenschaftler, haben sich in den vergangenen Jahren trotz insgesamt steigender Lebenserwartung nicht verkleinert. Künftig dürften sie durch hohe Arbeitslosigkeit und Einschränkungen bei der gesetzlichen Alterssicherung und im Gesundheitswesen sogar eher größer werden. In Deutschland gebe es bislang keine umfassende politische Strategie, um dem Problem zu begegnen, dass Menschen in schlechteren sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen im Verhältnis früher sterben, schreiben die Forscher in der aktuellen Ausgabe der WSI Mitteilungen.

Die Wissenschaftler untersuchten erstmals auf sehr breiter Datenbasis die fernere Lebenserwartung von Rentnern und von Pensionären und beschränkten ihre Untersuchung auf Männer. Für ältere Frauen seien die Renten- und Pensionsdaten im Hinblick auf ihre Sterblichkeiten nicht aussagekräftig genug, weil vor allem in den alten Bundesländern nur ein Teil von ihnen langjährig erwerbstätig war.

65-jährige Rentner leben im Durchschnitt weitere 15,8 Jahre. Je nach finanzieller Stellung im Berufsleben unterscheidet sich die fernere Lebenserwartung um knapp drei Jahre: Wohlhabende Rentner leben im Schnitt weitere 17,5 Jahre, schlechter gestellte 14,6 Jahre. Pensionäre haben mit 65 eine durchschnittliche fernere Lebenserwartung von 17,8 Jahren. Sie variiert zwischen 15,8 Jahren bei pensionierten Beamten im einfachen Dienst und 19,6 Jahren bei Beamten des höheren Dienstes. Abhängig von wirtschaftlicher und sozialer Position unterscheidet sich die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern in Deutschland somit um bis zu fünf Jahre.

Die Forscher führen die soziale Ungleichheit bei der Lebenserwartung, die auch in anderen europäischen Ländern beobachtet wird, auf verschiedene Ursachen zurück. So arbeiteten Personen mit höherem Lebenseinkommen oder höherer Laufbahn eher in Berufen, die körperlich nicht so stark belasten. Sie haben auch seltener mit existenziellen wirtschaftlichen Problemen zu kämpfen, was sich wiederum positiv auf Lebenszufriedenheit und

Gesundheitsbewusstsein auswirke. Darüber hinaus sehen die Wissenschaftler aber noch zwei weitere Umstände, die zur insgesamt höheren Lebenserwartung von Staatsdienern beitragen: Die bei Beamten wie Pensionären verbreitete private Krankenversicherung verbessere die medizinische Versorgung. Auf der anderen Seite beeinflusse auch die obligatorische Gesundheitsprüfung vor der Übernahme ins Beamtenverhältnis die statistische Lebenserwartung: Über diese Hürde gelangen von vornherein nur tendenziell gesündere Bewerber in den Staatsdienst.

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass die weitere Lebenserwartung in den letzten Jahren insgesamt gestiegen ist. Zwischen 1999 und 2003 nahm sie bei Rentnern um durchschnittlich drei und bei Pensionären um 2,5 Monate zu. Die Lücke zwischen den verschiedenen Einkommens- und Laufbahngruppen hat sich dabei aber nicht verkleinert. Die Wissenschaftler führen das auch darauf zurück, dass es in Deutschland zwar "Einzelmaßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit" gebe, "konkrete Zielvorgaben oder eine umfassende politische Strategie" aber fehlten. Damit liege die Bundesrepublik im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern zurück.

Der Aufsatz zur Studie ist hier zu finden: [Ralf K. Himmelreicher, Daniela Sewöster, Rembrandt Scholz, Anne Schulz: Die fernere Lebenserwartung von Rentnern und Pensionären im Vergleich](#) (WSI Mitteilungen 5/2008, S. 274-280)

Gerd Marstedt, 26.6.2008

Sozioökonomische Ungleichheiten der Gesundheit in 22 europäischen Ländern



In einer kürzlich im New England Journal of Medicine veröffentlichten Studie berichtet eine Arbeitsgruppe der EU über sozioökonomische Ungleichheiten der Gesundheit in 22 europäischen Ländern. Grundlage waren Gesundheitsdaten über Mortalität (3,5 Millionen Sterbefälle in 16 Ländern), Morbidität, Gesundheitsverhalten und selbsteingeschätzte Gesundheit (Befragungen in 19 Ländern). Der sozioökonomische Status (SES) wurde über den Bildungsabschluss und die Berufszugehörigkeit erfasst.

Es zeigte sich, dass in fast allen Ländern die Sterblichkeit und die selbsteingeschätzte Gesundheit in den Gruppen mit niedrigem SES deutlich ungünstiger sind im Vergleich zu den besser gestellten Gruppen.

Im Ländervergleich ist die Ausprägung der Ungleichheiten jedoch unterschiedlich. Um mehr als den Faktor 4 ist die Mortalität in der Bevölkerungsgruppe mit dem niedrigsten SES in Ungarn, Tschechien, Polen und Litauen erhöht im Vergleich zu der Gruppe mit dem höchsten SES. In England und Schweden ist der Unterschied der Sterblichkeit weniger als zweifach, der kleinste Unterschied besteht im Baskenland. Die starken Unterschiede sind auf Todesursachen zurückzuführen, die mit Tabak und Alkohol in Verbindung stehen.

Für ganz Europa gilt, dass ein geringeres Maß an Bildung mit schlechterer Gesundheit einhergeht.

Auf tabakssoziierte Krankheiten sind 21% der Ungleichheiten in der Gesamtortalität bei Männern und 6% bei Frauen in Europa zurückzuführen, alkoholassozierte Krankheiten

bewirken 11% der Unterschiede bei den Männern und 6% bei den Frauen.

Die selbst eingeschätzte Gesundheit ist in ganz Europa bei weniger Gebildeten schlechter, die Variabilität aber geringer und die Verteilungsmuster anders als bei der Mortalität.

In ganz Europa geht schlechtere Bildung mit vermehrtem Rauchen und stärkerem Übergewicht einher - ersteres stärker ausgeprägt bei Männern, letzteres bei Frauen.

Bildungsassoziierte Raucherraten unterscheiden sich stark in Nord-, West- und Zentraleuropa, weniger stark in Südeuropa - hier ist bei Frauen sogar eine Umkehr der Beziehung zu beobachten - der Anteil von Rauchenden ist höher bei gebildeten Frauen.

Bemerkenswert ist diese Studie für die aktuelle Beschreibung des unterschiedlichen Ausmaßes der sozialen Ungleichheiten der Gesundheit in europäischen Ländern. Anzumerken ist jedoch, dass sie wenig Neues zur Erklärung dieses Phänomens beisteuert.

Bei dieser Studie handelt es sich um eine Fortschreibung der Untersuchung der sozioökonomischen [Ungleichheiten von Morbidität und Mortalität in 11 westeuropäischen Ländern](#) aus dem Jahr 1997.

Über die ausführlichere englischsprachige Arbeit "[Health Inequalities: Europe in Profile](#)" zu den sozio-ökonomischen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich in 25 EU-Mitgliedsländern hatten wir berichtet.

New England Journal of Medicine, 5. Juni 2008 [Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries](#) kostenloser Volltext

LANCET 7. Juni 1997 [Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe](#) kostenloser Volltext

[Health Inequalities: Europe in Profile](#)

David Klemperer, 24.6.2008

Hohes Einkommen und Bildungsniveau steigern die Überlebenszeit nach einem Herzinfarkt deutlich



Wissenschaftler vermuten schon seit längerem, dass sozio-ökonomische Faktoren wie Einkommen und Bildung auch einen Einfluss darauf haben, wie lange Patienten nach einem Herzinfarkt überleben. Eine jetzt in der Zeitschrift "Mayo Clinic Proceedings" veröffentlichte Studie hat diese Vermutung nun eindrucksvoll bestätigt: Ein um ca. 10.000 Dollar höheres Einkommen steigert die Ein-Jahres-Überlebensrate um zehn Prozent.

Die Wissenschaftler der renommierten Mayo Klinik in Rochester analysierten Krankenakten von etwas mehr als 700 Patienten, die im Zeitraum November 2002 bis Mai 2006 aufgrund eines Herzinfarkts in das Krankenhaus eingeliefert und medizinisch behandelt worden waren. Aus den Krankenakten konnten die Forscher das Bildungsniveau der Patienten entnehmen und die Wohnungsadresse. Dieser Hinweis auf die Lage der Wohnung wurde dann mit Volkszählungsdaten verknüpft und dazu verwendet, um das Einkommen der Teilnehmer

einzuschätzen.

Von den 705 Studienteilnehmern starben nach 2006 dann 155. Diese wurden dann in mehrere Gruppen eingeteilt, sowohl unterschieden nach dem Einkommen wie auch nach dem Schulabschluss. Beide Variablen erwiesen sich dann in der Analyse als hochsignifikante Einflussfaktoren für die Überlebenszeit. Es zeigte sich:

- Für Patienten aus Wohngebieten mit einem Einkommen von durchschnittlich etwa 28-44.000 Dollar betrug die Ein-Jahres-Überlebensrate 75 Prozent, in der nächst höheren Einkommensklasse 83 Prozent und lag in der obersten Einkommensgruppe (57-74.000 \$) bei 86 Prozent.
- Ähnlich einflussreich war auch die Schulbildung: Bei weniger als 12 Jahren Schulausbildung (kein High-School-Abschluss) überlebten für ein Jahr 67 Prozent, bei 12 Jahren (High-School-Abschluss) waren es schon 81 Prozent und bei Studienteilnehmern mit 12 und mehr Jahren (College, Universität) stieg die Ein-Jahresüberlebensrate nochmals auf 85 Prozent.

Die Unterschiede sind auch nach Meinung der Wissenschaftler beträchtlich, wenn man berücksichtigt, dass eine Verbesserung der Ein-Jahr-Überlebensrate um wenige Prozent in klinischen Studien schon als Erfolg gilt. Auch die Autoren äußerten sich über das quantitative Ausmaß ihrer Analyse überrascht, denn die Patienten der Mayo Clinic haben ein Einkommen, das deutlich über dem US-Durchschnitt liegt und die medizinische Versorgung in der Klinik gilt als vorbildlich. Einer der Autoren, Yariv Gerber, vermutet daher, dass die Effekte sich auf eine größere Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeitserwartung aufgrund einer längeren Ausbildungszeit zurückführen lassen.

Die Studie im Volltext (kostenlos) ist hier: [Yariv Gerber u.a.: Neighborhood Income and Individual Education: Effect on Survival After Myocardial Infarction](#) (Mayo Clin Proc. 2008;83:663-669)

Gerd Marstedt, 19.6.2008

Soziale Ungleichheit: Die Schichtzugehörigkeit wirkt sich auch auf die Häufigkeit und Intensität von Schmerzen aus



Für eine Vielzahl chronischer Erkrankungen ist in wissenschaftlichen Studien ein "sozialer Gradient" festgestellt worden, also ein starker Effekt der Schichtzugehörigkeit auf die Betroffenheit von Krankheiten und auch die Lebenserwartung. Die Befunde über eine sozial höchst ungleiche Verteilung von Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen, Adipositas und Diabetes, müssen nun um ein neues Merkmal erweitert werden: Schmerzen. Bei Interviews mit knapp 4.000 US-Amerikanern wurde jetzt festgestellt, dass diejenigen mit einem niedrigeren Einkommen und geringeren Bildungsstand im Alltag deutlich häufiger Schmerzen verspüren als andere Bevölkerungsgruppen. Und es wurde darüber hinaus auch festgestellt, dass die empfundene Schmerz-Intensität bei Unterschicht-Angehörigen stärker ist.

Die jetzt in der renommierten britischen Fachzeitschrift "The Lancet" veröffentlichte Studie basiert auf einer Zufallsauswahl von 3.982 US-amerikanischen Männern und Frauen, die mit einer CATI-Software (Computer Assisted Telephone Interviews) zufällig ausgewählt und

angerufen wurden. Bei denjenigen, die an der Befragung teilnehmen wollten (37% aller Angerufenen), wurde für einen Zeitraum von 24 Stunden (Vortag 4 Uhr bis Anruftag 4 Uhr) eine Art Tagebuch erstellt, welchen Beschäftigungen man in dieser Zeitspanne jeweils wie lange nachgegangen ist, egal, ob es sich um Aktivitäten wie Schlafen oder Arbeiten, Fernsehen oder Spazieren gehen handelte. Danach wurden von der PC-Software nach dem Zufallsprinzip drei Zeitintervalle von 15 Minuten Dauer ausgewählt und die Studienteilnehmer wurden dann gefragt, welche Emotionen sie in dieser Viertelstunde hatten und wie intensiv diese waren. Als Emotionen waren 6 Möglichkeiten vorgegeben: Schmerzen, glücklich, müde, gestresst, traurig, interessiert. Schließlich waren dann diese Gefühle auch noch auf einer Skala von 0-6 einzustufen, wobei "6" die höchste Intensität bedeutete.

In der Analyse zeigte sich dann:

- Entgegen allen Vermutungen der Forscher zeigten Männer und Frauen kaum Unterschiede in der Häufigkeit oder Intensität von Schmerzempfindungen.
- Das Alter spielt jedoch eine Rolle: Etwa ab dem Alter von 40 spielt Schmerz eine größere Rolle, diese Erfahrung steigt jedoch mit höherem Lebensalter nicht weiter an.
- Das Haushaltseinkommen spielt eine große Rolle: Befragte mit einem Einkommen bis 30.000 Dollar berichteten sehr viel öfter 15-Minuten-Intervalle mit Schmerzen (34%) als Befragte mit einem Einkommen über 100.000 Dollar (23%). Auch die durchschnittliche Bewertung der Schmerzintensität lag in der niedrigen Einkommensgruppe mit einem Mittelwert von 1.3 fast doppelt so hoch wie bei Besserverdienern (0.7).
- Nahezu gleich lautende Ergebnisse zeigten sich auch, wenn man anstelle des Einkommens den höchsten Schulabschluss als Indikator der Schichtzugehörigkeit verwendete.

Ein kostenloses Abstract der Studie ist hier: [Alan B Krueger, Arthur A Stone: Assessment of pain: a community-based diary survey in the USA](#) (The Lancet 2008; 371:1519-1525, DOI:10.1016/S0140-6736(08)60656-X)

Gerd Marstedt, 6.5.2008

England: Bevölkerungsgesundheit verbessert, Ungleichheiten bleiben



Für alle sozialen Gruppen ist in England die Lebenserwartung gestiegen und die Kindersterblichkeit gesunken. Verglichen mit dem Bevölkerungsdurchschnitt sind die Verbesserungen für die unteren Schichten bzw. für die Bewohner der am meisten deprivierten Regionen allerdings geringer, so dass die sozialen Ungleichheiten sich etwas vergrößert haben. Dies geht aus der am 13. März erschienen Untersuchung [Tackling health inequalities: 2007 Status Report on the Programme for](#)

[Action](#) hervor.

Für eine Beurteilung der Wirksamkeit der im Jahr 2003 beschlossenen politischen Maßnahmen ist es nach Meinung von Michael Marmot, dem Vorsitzenden des wissenschaftlichen Begleitgremiums, aufgrund des noch sehr kurzen Untersuchungszeitraums zu früh.

Auf Grundlage der wissenschaftlichen Aufarbeitung im sog. Acheson Report von 1998 ([Independent Inquiry into Inequalities in Health Report](#)) hatte die Englische Regierung im Jahr 2003 das Programm [Tackling health inequalities: A Programme for Action](#) zur Minderung der sozialen Ungleichheit der Gesundheit verabschiedet. Die Zielsetzung besteht in der Minderung der Ungleichheiten der Gesundheit um 10 Prozent, gemessen an der

Kindersterblichkeit und der Lebenserwartung.

Bericht des Department of Health: [Tackling health inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action](#)

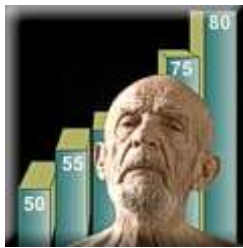
Programm zur Minderung der sozialen Ungleichheit der Gesundheit [Tackling health inequalities: A Programme for Action](#)

Acheson Report von 1998 ([Independent Inquiry into Inequalities in Health Report](#))

Der Acheson Report knüpft an den legendären Black Report von 1980 an, der ebenfalls als Volltext im Internet verfügbar ist. [Inequalities in Health. Report of a Research Working Group](#)

David Klemperer, 21.3.2008

Die Lebenserwartung ist weiter gestiegen - hauptsächlich jedoch für Bevölkerungsgruppen mit höherer Bildung



Die Lebenserwartung in den USA ist in den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts weiter gestiegen - leider zeigt sich dieser Effekt nicht bei allen Bevölkerungsgruppen in gleichem Maße, sondern wirkt sich sehr viel deutlicher bei Personen mit besonders hohem Bildungsniveau (zum Beispiel mit Hochschulabschluss) aus. Der Titel der Studie, die jetzt in der Zeitschrift "Health Affairs" veröffentlicht wurde ("The Gap Gets Bigger", Die Kluft wird größer), macht auf das Problem einer zunehmenden sozialen Ungleichheit in den Lebensbedingungen aufmerksam, die nicht nur in den USA beobachtet wird.

Basis der Studie sind Analysen unter Verwendung der [National Longitudinal Mortality Study \(NLMS\)](#), einer repräsentativen US-Datenbank, die aktuell etwa 3 Millionen Einträge und 250 Tausend Todesfälle umfasst. Dabei ist auch die Todesursache vermerkt und eine große Zahl sozio-demographischer Merkmale. In der Auswertung fanden die Wissenschaftler dann heraus, dass sowohl im Zeitraum 1981-1988 als auch 1990-2000 die Lebenserwartung vor allem für solche Bevölkerungsgruppen angestiegen ist, die eine zwölfjährige Schulausbildung absolviert haben. Für diese stieg die Lebenserwartung in den 80er-Jahren um etwa 1,4 Jahre und in den 90er Jahren um weitere 1,6 Jahre. Weniger gut schnitten Gruppen mit niedrigem Bildungsniveau ab: Ihre Lebenserwartung stieg in den 80ern nur um 0,5 Jahre, in den 90ern stieg sie dann gar nicht mehr an und stagnierte.

Die Wissenschaftler kamen zu dem Ergebnis, dass Personen mit überdurchschnittlich hohem Bildungsniveau (Hochschul-Diplom), die im Jahre 2000 ein Alter von 25 Jahren aufwiesen, durchschnittlich damit rechnen können, 82 Jahre alt zu werden. Bei weniger gebildeten Personen ist diese Erwartung um 7 Jahre niedriger und beträgt nur 75 Jahre.

Diskutiert werden auch unterschiedliche Erklärungsansätze für diese zunehmende Schere in der Lebenserwartung bei unteren und oberen Sozialschichten. Ein wichtiger Faktor ist für die Forscher die im Beobachtungszeitraum auch gestiegene Einkommens-Ungleichheit, die - insbesondere in den USA - Bevölkerungsgruppen am unteren Ende der Einkommensskala keinen Zugang zu einer Krankenversicherung und damit auch zur medizinischen Versorgung erlaubt.

Darüber hinaus spielen nach ihrer Meinung jedoch auch Verhaltensrisiken eine Rolle,

insbesondere das Rauchen, das sie für etwa 20 Prozent der Unterschiede in der Lebenserwartung verantwortlich machen. Sie führen dies auf Todesursachen zurück, die eng mit dem Rauchen verknüpft sind. Zu dieser Erklärung passt, dass in Bevölkerungsgruppen mit höherer Bildung der Anteil der Raucher sehr viel deutlicher zurückgegangen ist als bei unteren Bildungsschichten. Auch das Problem Übergewicht spielt nach Meinung der Wissenschaftler eine Rolle: Ähnlich wie das Rauchen ist auch Übergewicht und vor allem Adipositas in unteren Sozialschichten häufiger verbreitet.

Hier ist ein Abstract der Studie: [Ellen R. Meara u.a.: The Gap Gets Bigger: Changes In Mortality And Life Expectancy, By Education, 1981-2000](#) (Health Affairs, 27, no. 2 (2008): 350-360, doi: 10.1377/hlthaff.27.2.350)

Gerd Marstedt, 13.3.2008

Oberschicht-Angehörige erhalten nach einem Herzinfarkt öfter eine bessere medizinische Versorgung - und leben danach länger



Erst vor kurzem hatte eine Studie gezeigt, dass schwarzafrikanische Patienten in den USA nach einem akuten Herzinfarkt oder schweren Herzattacken deutlich schlechter versorgt werden als Weiße (vgl.: [Grundmerkmale des US-Gesundheitswesens: Qualitativ ungleiche Krankenhausbehandlung von weißen und schwarzen Patienten](#)). Die Annahme, dies sei nun ein spezifischer Auswuchs von Rassendiskriminierung in den USA, wurde nun durch eine große schwedische Studie widerlegt. Auch im skandinavischen Wohlfahrtsstaat fand man heraus, dass Angehörige unterer Sozialschichten eine deutlich schlechtere medizinische Versorgung nach einem Herzinfarkt bekommen als Patienten der Oberschicht.

Basis der Studie waren Daten aus dem Schwedischen Herzinfarkt Register. Dort wurde die Daten aller 45-84jährigen Patienten erfasst, die in den Jahren 1993-1996 einen Herzinfarkt für 4 Wochen überlebten. Insgesamt waren dies etwa 16.000 Frauen und 30.000 Männer. Für die Analysen herangezogen wurden noch weitere Angaben, wie insbesondere das Haushaltseinkommen und Angaben dazu, ob der Patient im Zeitraum von 5 Jahren nach dem Infarkt verstorben war oder noch lebte. Als Indikator für die Versorgungsqualität wurde herangezogen, ob bei den Patienten eine sogenannte "Revaskularisierung" nach der Herzattacke durchgeführt worden war. Darunter versteht man das Einpflanzen von feinen Blutgefäßen in ein krankheitsbedingt nicht durchblutetes Herz oder auch die Auflösung einer Verstopfung im Herzbereich, also Maßnahmen, die bei Herzinfarktpatienten oft gesundheitlich absolut notwendig sind und sich lebensverlängernd auswirken.

Als Ergebnis zeigte sich dann:

- Bei Patienten aus oberen Einkommensgruppen hatten Mediziner zwei- bis dreimal so häufig eine Revaskularisierung durchgeführt wie bei den Patienten mit dem niedrigsten Einkommen.
- Vermutlich als Folge dieser besseren Versorgung war die 5-Jahres-Überlebensquote bei den einkommensstarken Patienten doppelt so groß.
- Diese Ergebnisse hatten auch dann noch Bestand, wenn man andere Variablen wie das Alter, Begleiterkrankungen oder Art der Klinik bei der Einweisung mitberücksichtigte.

Über mögliche Ursachen dieser Ungleichbehandlung erfährt man im Aufsatz leider nichts: "Die Gründe für diese Selektionsprozesse bleiben im Dunkeln, aber ihre Existenz ist eine der

vielen Herausforderungen für das Schwedische Gesundheitssystem und sein Grundprinzip der Gleichbehandlung aller."

Hier ist ein Abstract der Studie: [Maria Rosvall u.a.: The association between socioeconomic position, use of revascularization procedures and five-year survival after recovery from acute myocardial infarction](#) (BMC Public Health 2008, 8:44doi:10.1186/1471-2458-8-44)

Kostenlos verfügbar ist auch [eine vorläufige PDF-Datei](#)

Gerd Marstedt, 5.2.2008

Kinderarmut wirkt sich auch langfristig und im weiteren Lebensverlauf negativ aus



Ein Aufwachsen in Armut hat gravierende negative Folgen auch für die langfristige Entwicklung von Kindern. Dies lässt sich anhand der seit dem Jahr 2000 erhobenen Daten des Deutschen Jugendinstituts (DJI) für eine Vielzahl von Aspekten nachweisen. Beeinträchtigt werden die soziale Teilhabe und Persönlichkeitsentwicklung, Schulleistungen und kindliches Wohlbefinden. Das Deutsche Jugendinstitut hat jetzt Ergebnisse einer Langzeitstudie ("DJI-Kinderpanel") zu den Lebenslagen von Kindern veröffentlicht. In diesen Teiluntersuchungen werden die Zusammenhänge von Armut und sozialer Teilhabe, Persönlichkeit, kognitiven Leistungen und kindlichem Wohlbefinden differenziert aufgezeigt. Auf der Website des DJI werden diese Ergebnisse in der Rubrik ["Thema 2007/11: Kinderarmut: einmal arm - immer arm?"](#) zusammenfassend vorgestellt.

Als die Bundesregierung 2005 ihren 2. Armutsbericht veröffentlichte, waren in Deutschland "1,1 Mio. Kinder unter 18 Jahren BezieherInnen von Sozialhilfe." Ein aktueller Armutsbericht liegt derzeit nicht vor, aber der Kinderschutzbund gibt für das Jahr 2007 mit 2,6 Mio. armen Kindern in Deutschland eine alarmierende Schätzung ab. Als arm gilt in Deutschland derjenige, dessen Einkommen weniger als 60% des Durchschnittseinkommens beträgt. Diese Einkommensarmut ist als Schlüsselmerkmal von Armut zu sehen mit all ihren Auswirkungen auf weitere Lebensbereiche wie zum Beispiel Gesundheit oder Bildung.

Gerhard Beisenherz (DJI) betont im "Interview", dass wir möglichst im frühen Kindesalter ansetzen müssen, um die "Vererbung" von Armut über den Bildungskanal zu verhindern. Dafür brauchen wir jedoch niedrigschwellige und möglichst aufsuchende Angebote für genau diese Zielgruppe der bildungsfernen und zugleich armen Familien. Umfassende Förder- und Betreuungsangebote wären erste Schritte, um die Abwärtsspirale der Armut zu unterbrechen, meint auch der Sprecher der Nationalen Armutskonferenz Dr. Wolfgang Gern im "Blick von außen". Er warnt aber gleichzeitig davor, die Armut zu pädagogisieren. "Das lenkt vom eigentlichen Problem ab. Durch Bildung allein lässt sich Armut nicht bekämpfen, solange Arbeitsplätze fehlen."

In der Rubrik ["Auf einen Blick"](#) werden einerseits aktuelle statistische Daten zur Kinderarmut in Deutschland im Detail vorgestellt, darüber hinaus aber auch empirische Befunde zu den psychischen und sozialen Folgen.

So zeigt sich beispielsweise für den Aspekt Soziale Teilhabe: Der Anteil der Kinder, die häufige gemeinsame Aktivitäten mit den Eltern berichten, wächst mit steigender Schicht deutlich: Über die fünf Schichten, die wir unterscheiden - Unterschicht, untere, mittlere und obere Mittelschicht und Oberschicht - finden wir die folgenden Anteile: 5%, 9%, 16% 20%

und 23%. Kinder aus der untersten Sozialschicht berichten zu fast 24%, dass sie in letzter Zeit Streit mit der Mutter wegen des Einkaufs spezieller Markenkleidung hatten. Demgegenüber berichten nur ca. 9%, 8%, 11% und 7% der Kinder in den anderen Schichten über solche Streitursachen.

Im Bereich Persönlichkeitsentwicklung werden verschiedene Dimensionen näher erfasst, und zwar: die Internalisierung (die Neigung, sich in sich zurück zu ziehen); die Externalisierung (die Tendenz, aus sich heraus zu gehen, z.T. auch aggressiv zu werden); die motorische Unruhe; das Selbstbild, insbesondere Selbstvertrauen und Vorstellung von Selbstwirksamkeit; die soziale/kognitive Aufgeschlossenheit. Mit Ausnahme der letzten Dimension finden sich für alle anderen Aspekte statistisch hochsignifikante Unterschiede mit der Tendenz zu einer verzögerten und weniger ausgereiften Persönlichkeitsentwicklung in der unteren Sozialschicht.

Hinsichtlich der intellektuellen Entwicklung wird deutlich: Die Schulleistungen im Rechnen und Lesen werden durch die Dauer der Armut dann nachhaltig beeinträchtigt, wenn diese schon zwei bis drei Jahre anhält. Bereits in der erste Welle weisen Kinder der älteren Kohorte in unterschiedlichen Armutslagen zum Teil erhebliche Leistungsunterschiede in der Schule auf. Bei Kindern, die schon vor der Erstbefragung in Armut lebten und dann darin verharrten, finden wir eine markante Differenz in der Rechenkompetenz zu den übrigen Kindern. Circa 46% dieser dauerhaft armen Kinder sind im Rechnen schlecht ("nicht so gut" oder "überhaupt nicht gut") gegenüber 15% der gelegentlich armen Kinder und 20% der nie armen Kinder. Die Lesekompetenz der 9- bis 10jährigen Grundschüler ist dagegen von der Armutslage generell beeinflusst. Die Kinder, deren Situation sich vor der Ersterhebung noch verschlechtert hat und/oder die seither dauerhaft in Armut verharrten, weisen massive Unterschiede in der Lesekompetenz gegenüber den dauerhaft nicht-armen Kindern auf.

Für das kindliche Wohlbefinden in der Schule wird deutlich, dass sich gerade das schulische Wohlbefinden bei Kindern in Armutslagen von der 2. bis zur 4. Klasse verschlechtert.

[Deutsches Jugendinstitut: Thema 2007/11: Kinderarmut: einmal arm - immer arm? Ergebnisse auf einen Blick](#)

Gerd Marstedt, 2.11.2007

Grippe-Impfschutz für "hard-to-reach populations" in den USA - Vernachlässigt trotz höherem Risiko für "Restbevölkerung"



Mit Sicherheit nicht nur ein us-amerikanisches Phänomen, aber dort jetzt aktuell untersucht: Die meisten Grippe-Impfschutzprogramme und auch andere Schutzprogramme gegen ansteckende Krankheiten kümmern sich nicht mit dem gebotenen Druck bzw. der notwendigen Phantasie darum, ob und wie die Angehörigen der so genannten "hard-to-reach populations (HTR)", dazu zählen vor allem nichtgemeldete Immigranten, Obdachlose, Drogenabhängige, an ihr Haus gebundene ältere Menschen und weitere Minoritäten, eine Schutzimpfung erhalten.

Dabei ist David Vlahov, dem Verfasser der in der zweiten August-2007-Ausgabe des "Journal of Urban Health: Bulletin of The New York Academy of Medicine" veröffentlichten Studie "Strategies for Improving Influenza Immunization Rates among Hard-to-Reach Populations"

zuzustimmen, wenn er die Relevanz dieser Bevölkerungsgruppen für die öffentliche Gesundheit folgendermaßen zusammenfasst: "Hard-to-reach populations are important to vaccinate not only because they're personally vulnerable, but because they could be widely transmitting disease to others."

Dabei sind die Folgen einer außer Kontrolle geratenden Grippeepidemie groß und auch der Umfang der HTR-Population: In den USA sterben an der Virusgrippe jährlich rund 36.000 Personen, von denen die meisten älter als 65 Jahre alt sind und 10-20 % der US-Bevölkerung werden angesteckt. Die Autoren dieser Studie gehen für die USA von 12 Millionen nichtgemeldeter Immigranten, 1,5 Millionen Drogenabhängigen und 744.000 Obdachlosen aus. Das Ansteckungsrisiko durch Immigranten und Obdachlose ist z. B. deshalb so hoch, weil viele Angehörige dieser Gruppe in der Nahrungsmittelproduktion arbeiten oder sich sehr oft bevorzugt in öffentlichen Verkehrsmitteln aufhalten.

Die Studie stellt einige "models of good practice" dar und gibt Ratschläge für zusätzliche besondere Bemühungen:

- In einem Projekt der Akademie für New York, "Venue-Intensive Vaccines for Adults (VIVA)", bieten entsprechend ausgerüstete Helfer Impfungen auf belebten Bürgersteigen in Harlem an oder von Haustür-zu-Haustür in der Südbronx.
- Gezielte Erinnerungen von Hochrisikogruppen über Rundmails und SMS könnten solche aufsuchenden Aktionen ergänzen.
- Nicht zuletzt sollten sich allerdings auch mehr GesundheitsarbeiterInnen in sozial benachteiligten Gegenden und Gruppen impfen lassen: Die Studie stellte fest, dass nur ein Drittel bis zur Hälfte dieser Gruppe im Moment gegen Grippe geimpft sind.

Weitere Informationen erhält man durch eine [Pressemitteilung auf der Website der "New York Academy of Medicine"](#).

Mit etwas Glück gibt der Verlag auch den kompletten Artikel nach der Veröffentlichung als PDF-Dokument zum kostenfreien Herunterladen frei. Daher lohnt es sich bei entsprechendem Interesse ab dem 24. August 2007 auf die [Website des "Journal of Urban Health: Bulletin of The New York Academy of Medicine"](#) zu gehen und nach dem mit Sicherheit kostenfreien Abstract oder dem Komplettext des Aufsatzes "Strategies for Improving Influenza Immunization Rates among Hard-to-Reach Populations" zu schauen.

Bernard Braun, 20.8.2007

Erhöhtes Erkrankungsrisiko neugeborener schwarzer Kinder in den USA - auch nach Ausschluss anderer Einflussfaktoren!



In der neuesten Ausgabe des von den staatlichen "Centers for Disease Control and Prevention (CDC)" wöchentlich herausgegebenen fünfseitigen "Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)" (20 Juli, 2007 / 56(28);701-705) wird via Schlagzeile über die im Zeitraum 2003 bis 2005 gegenüber den Jahren 2000-2001 erfolgreiche Senkung der Neuerkrankungshäufigkeit von Streptokokken-Erkrankungen (Typ 2) ("Group B Streptococcal Disease [GBS]") unter Neugeborenen um ein Drittel berichtet. Das Ausgangsjahr 2002 ist nicht zufällig gewählt, sondern das Jahr in dem eine Leitlinie der CDC schwangeren Frauen ein allgemeines Screening zwischen der 35. und 37. Schwangerschaftswoche u.a. zur Verhinderung dieser Erkrankung ihrer Babies empfahl.

So positiv diese Entwicklung ist und unabhängig davon, dass es keinen Nachweis über den kausalen Zusammenhang zwischen Screening und spezifischer Veränderung der Inzidenz gibt, hat dieser Erfolg aber auch eine ausgesprochen dunkle Seite. Die 33 %-Verbesserung bezieht sich nämlich nur auf die Kinder weißer Eltern und nicht auf die afroamerikanischer oder schwarzer Eltern. Unter den schwarzen Neugeborenen stieg die Inzidenzrate in der Betrachtungsperiode dagegen insgesamt um 70 %.

In einem Editorial weist die Wissenschaftlergruppe zur Erklärung der Unterschiede zwischen weißen und schwarzen Kinder u.a. auf den höheren Anteil von Frühgeburten (einem Risikofaktor für GBS) bei den schwarzen Müttern und deren geringerem Zugang zur vorgeburtlichen Vorsorge und Behandlung hin. Es handelte sich demnach also um die "ganz normale" Ungleichheit zwischen unterschiedlichen Ethnien über der viele Kenner der Vielzahl ähnlicher Studien schnell zur Tagesordnung übergehen.

Irritierend sind aber zwei Besonderheiten des Auftretens von GBS unter afroamerikanischen Neugeborenen: Im ersten Jahr nach Veröffentlichung der Vorsorgeempfehlung erreichte der Wert (genauer der Indikator "early-onset GBS disease [EOD]") ein Rekordtief, stieg dann aber in den zwei Folgejahren um den besagten Wert. Noch nachdenklicher stimmt das Ergebnis einer Studie, die den Einfluss der genannten Einflussfaktoren kontrollierte und rechnerisch ausschloss: Die Zugehörigkeit zur schwarzen Rasse blieb auch dann, wenn sich die verglichenen Gruppen nicht mehr nach Frühgeburtenhäufigkeit und Nutzung der Vorsorgeangebote unterschieden, die zentrale unabhängige Determinante für GBS. Wer also die Inzidenz von GBS bei schwarzen Neugeborenen senken will, erreicht dies nicht oder nicht vorrangig durch Frühgeburtenprophylaxe und Vorsorgemaßnahmen, sondern nur durch Veränderungen der mit der Rassezugehörigkeit verbundenen sozialen Bedingungen. Selbstverständlich muss weiter untersucht werden, ob diese getrennten Trends sich fortsetzen und verfestigen und welche Barrieren besonders die schwarzen Mütter vom Besuch des Screenings abhalten.

Der MMWR-Report ["Perinatal Group B Streptococcal Disease After Universal Screening Recommendations - United States, 2003-2005"](#) ist hier komplett und kostenlos erhältlich. Die gesamte Ausgabe des [Mortality and Morbidity Weekly Report vom 20. Juli 2007](#) lässt sich auch als PDF kostenfrei herunterladen.

Bernard Braun, 21.7.2007

Hohe Einkommensunterschiede: Ursache auch sozialer, kultureller und gesundheitlicher Probleme



Die Einkommensschere in Deutschland hat sich im internationalen Vergleich besonders weit auseinander entwickelt, meldete die "Deutsche Welle" im Juni 2007 mit der Schlagzeile ["Einkommensunterschiede in Deutschland besonders groß"](#). "Nur in Ungarn, Polen, Südkorea und Neuseeland sei die Lohnschere zwischen 1995 und 2005 noch weiter auseinander gegangen, teilte die OECD mit." Einige Zeit zuvor hatte die "Süddeutsche" unter Berufung auf unveröffentlichte Daten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) unter dem Titel ["Der große Graben"](#) berichtet: "Reiche Deutsche verdienen immer mehr, der Rest ist von der Lohnentwicklung abgeschnitten: Die Einkommensunterschiede hierzulande sind so groß wie noch nie seit der

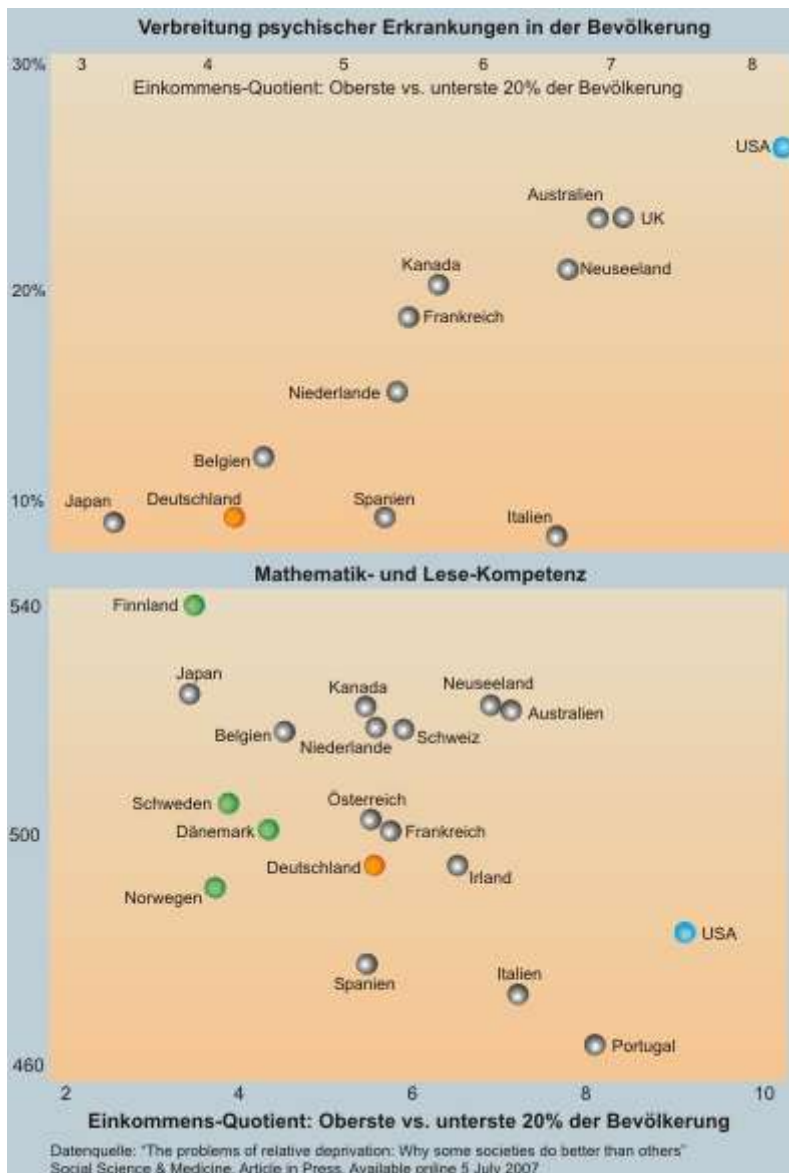
Wiedervereinigung. Auch die Zahl der Armen erreichte im Jahr 2005 einen Rekordwert."

Die in Deutschland angewachsene Schere zwischen Arm und Reich ist bislang vorwiegend in der Perspektive der Einkommensarmut betrachtet worden, als soziales Problem einer zunehmenden Zahl von Hartz-IV-Beziehern oder Niedriglohn-Empfängern. Viele Gewerkschafter und einige wenige Ökonomen hoben überdies das wirtschaftliche Problem der fehlenden Massenkaukraft hervor. Dass ökonomische Not auch einen direkten Zusammenhang zu Erkrankungsrisiken aufweist, ist andererseits durch eine Vielzahl von Studien belegt. Die vermeintlich uralte Redewendung "Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben", hat auch heute noch Gültigkeit. (vgl. Berichte dazu in Forum Gesundheitspolitik in dieser Rubrik)

Ein Aufsatz der beiden englischen Wissenschaftler Richard G. Wilkinson und Kate E. Pickett von den englischen Universitäten Nottingham und York hat das Thema ökonomischer Ungleichheit und daran geknüpfter sozialer Probleme in einem Aufsatz in der Zeitschrift "Social Science & Medicine" nun in einer sehr umfassenden gesellschaftlichen Perspektive theoretisch und empirisch erörtert. Vorgestellt werden zum einen bereits veröffentlichte Forschungsergebnisse, die aufzeigen: Je größer die Einkommensunterschiede in einem Land sind, desto häufiger tauchen dort auch andere soziale, kulturelle oder gesundheitliche Probleme auf. Zum anderen werden aber auch neue Befunde vorgestellt, die deutlich machen, dass die Problematik noch sehr viel weiter reicht und auch solche Sektoren des Sozialstaats betroffen sind, die man bislang kaum in Verbindung brachte mit der Höhe der Einkommensunterschiede.

Die Zusammenfassung schon bekannter Zusammenhänge zählt folgende Aspekte auf:

- **Krankheit und Lebenserwartung:** Eine Meta-Analyse von insgesamt 104 Studien, in denen bei länderübergreifenden Vergleichen sowohl Daten zum Gesundheitszustand als auch Daten zu den Einkommensverhältnissen berücksichtigt worden waren, zeigte: 81 dieser 104 Studien (78%) belegten - auch nach statistischer Kontrolle anderer potentieller Einflussfaktoren - einen eindeutigen Zusammenhang zwischen ökonomischer Ungleichheit und Morbiditäts- oder Mortalitäts-Indikatoren.
- **Übergewicht:** Eine Studie zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in 21 der reichsten Länder der Welt wurde ein deutlicher Zusammenhang festgestellt: Je größer die Einkommensunterschiede, desto stärker ist die Verbreitung starken Übergewichts (BMI>30).
- **Teenager-Schwangerschaften:** In derselben Studie zeigte sich auch, dass unerwünschte Schwangerschaften von Teenagern in Ländern mit hohen Einkommensunterschieden häufiger vorkommen. Auch ein Vergleich der 50 Bundesstaaten der USA bestätigt dieses Ergebnis.
- **Psychische Erkrankungen:** (vgl. die Grafik, oberer Teil) Daten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigen bei einem Vergleich von 14 Staaten auf, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen (schwerwiegende und leichtere Formen zusammengefasst) zunimmt, je größer die länderspezifische ökonomische Ungleichheit ist. Die Korrelation hierfür beträgt 0.79.
- **Tötungsdelikte:** Es liegen insgesamt 24 Studien vor, die belegen, dass Mord und Totschlag in Ländern mit großen Einkommensunterschieden deutlich häufiger vorkommen.
- **Fremdenfeindlichkeit und Rassismus:** Zwei US-amerikanischen Studien, die eine Reihe von Großstädten in den USA bzw. Bundesstaaten miteinander verglichen, kamen zu dem Ergebnis, dass Fremdenfeindlichkeit und Rassismus ebenfalls ein Effekt von großen Einkommensunterschieden sind.



Nach der Referierung dieser schon aus der Literatur bekannten Forschungsergebnisse stellen die Wissenschaftler dann aber auch noch einige neue Zusammenhänge aufgrund eigener Analysen vor. Die dabei verwendeten Daten stammen aus den "Human Development Indicators (HDI)" des Jahres 2003. Berücksichtigt wurden insgesamt 24 Staaten weltweit (einschl. Deutschland), für die auch Zahlen vorlagen zu den Einkommensunterschieden. Verwendet wurde hierfür ein Quotient: Verhältnis der Einkommenssumme der reichsten 20 Prozent einer Bevölkerung zu den ärmsten 20 Prozent. Dabei rangierte Japan mit einem Wert von 3,4 ganz vorne und Singapur mit einem Wert von 9,7 ganz hinten. Entwicklungs- und Schwellenländer wurden wegen der besonderen Verhältnisse nicht berücksichtigt, aber auch, um die politische Bedeutung der Analysebefunde nicht einzuschränken.

Als gesellschaftliche Problemfelder, die ebenfalls vom Ausmaß der Einkommensunterschiede beeinflusst werden, erörtern die Forscher dann:

- Schulleistungen von Jugendlichen: (vgl. die Grafik, unterer Teil) Aus dem "OECD Programme for International Student Assessment 2004" wurden Daten ausgewählt, die kombinierte Werte angeben für die mathematische Kompetenz und das Leseverständnis 15jähriger Schüler. Hierzu waren Werte aus 19 Ländern verfügbar. Es zeigt sich, dass Einkommensungleichheit und Schulleistung sehr hoch miteinander zusammenhängen. Die

Korrelation beträgt -0.50. Bei einem Vergleich nur der US-Bundesstaaten liegt die Korrelation bei -0.69.

- Zahl der Strafgefangenen: Daten hierzu (aus dem United Nations Crime and Justice Information Network, 2000) zeigen einen hohen statistischen Zusammenhang von 0.75. Schließt man die USA hier wegen der besonderen Verhältnisse aus, beträgt der Wert immer noch 0.69. Im Vergleich zwischen den US-Bundesstaaten ist der Zusammenhang noch größer.
- Todesfälle durch Drogen: Hier wurden altersstandardisierte Daten des Center for Disease Control and Prevention verwendet, die einen statistischen Zusammenhang von 0.61 ergaben.
- Soziale Mobilität: Hier wurde anhand von Längsschnitt-Daten aus acht Ländern überprüft, inwieweit die Einkommenshöhe von Vätern und ihren Söhnen im Alter von 30 Jahren Unterschiede aufwies. Der Zusammenhang in diesem Bereich sozialer (bzw. sozioökonomischer) Mobilität betrug 0.93.

Die Wissenschaftler erörtern in ihrem Aufsatz abschließend auch sehr ausführlich die theoretische und politische Bedeutung ihrer Analyse. Ein Abbau ökonomischer Ungleichheit, so bilanzieren sie, ist nach diesen Befunden nicht mehr so ohne weiteres zurückzuweisen. Zwar ist schon länger bekannt, dass der Sozialstatus oder die Einkommenshöhe von Bevölkerungsgruppen auch sehr stark mit ihrem Gesundheitszustand (Morbidität, Mortalität) zusammenhängt. Bislang wurde jedoch oftmals verwiesen auf fehlende Belege eines Kausalzusammenhangs. Es sei unklar, so wurde argumentiert, ob Armut nun zu Krankheit führt, oder ob umgekehrt Kranke öfter aus dem Erwerbssystem herausfallen und dann verarmen.

Je weiter der Horizont ist, innerhalb dessen Zusammenhänge zwischen Einkommensungleichheit und anderen sozialen Problemen festgestellt werden, so die beiden Wissenschaftler, umso plausibler wird es, dass die ökonomische Ungerechtigkeit Kern und Ursache auch anderer Problemfelder ist: "Wenn wir einen starken Zusammenhang aufzeigen können zwischen den nationalen Einkommensunterschieden und sozialen Problemen, auch unabhängig vom Thema Gesundheit, gewinnen wir ein besseres Verständnis auch der Kausalzusammenhänge. Wenn wir herausfinden, dass die Zahl der Morde und tödlichen Gewaltdelikte oder die Zahl der Übergewichtigen umso höher ist, je größer die Einkommensunterschiede in einem Land sind, dann kann man nicht mehr so leicht behaupten, dass nun Gewalt oder Übergewicht die Einkommensschere vergrößert hat. Dann wird es umso plausibler dass die Verursachungskette genau umgekehrt verläuft."

Ein kostenloser Abstract des Aufsatzes ist hier zu finden: [Richard G. Wilkinson, Kate E. Pickett: The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others](#) (Social Science & Medicine, Article in Press, Available online 5 July 2007)
Der Volltext des Aufsatz mit vielen Diagrammen und Literaturquellen ist leider kostenpflichtig bzw. setzt ein Abonnement bei "Science Direct" voraus

Gerd Marstedt, 12.7.2007

Ungleiche Gesundheitschancen zwischen Arm und Reich verschärfen sich mit zunehmenden Lebensalter



Die Schere zwischen den oberen und unteren gesellschaftlichen Schichten betrifft Vermögensverhältnisse und Konsumchancen, das Bildungsniveau und Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben, nicht zuletzt aber auch

den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung. So viel ist bekannt und in einer Vielzahl internationaler Studien eindeutig belegt. Bislang war allerdings nicht eindeutig klar: Verringert sich diese sozial bedingte Ungleichheit mit zunehmenden Lebensalter, beispielsweise dadurch, dass mit dem Eintritt ins Rentenalter und dem Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit sich Gesundheitsrisiken und Stressfaktoren für alle reduzieren, ungeachtet ihrer Zugehörigkeit zur Ober- oder Unterschicht?

Eine neue Analyse hat jetzt jedoch gezeigt: Das Gegenteil ist der Fall. Die Schere zwischen den oberen und unteren Sozialschichten im Hinblick auf die körperliche und seelische Gesundheit vergrößert sich mit zunehmendem Lebensalter. Die jetzt von Forschern des "International Institute for Society and Health", am University College London, in der Zeitschrift "British Medical Journal (BMJ)" veröffentlichte Studie hat über einen Zeitraum von 20 Jahren (im Rahmen der sog. "Whitehall II Studie") den Gesundheitszustand von über 10.000 Beschäftigten im Öffentlichen Dienst in Großbritannien verfolgt. Überprüft wurde zwischen 1985 und 2002 im Rahmen mehrfacher Befragungen (bis zu sieben Erhebungen in diesem Zeitraum), wie sich der Gesundheitszustand in Abhängigkeit von der jeweiligen Schichtzugehörigkeit veränderte.

Als Untersuchungsinstrument wurde dabei der international vielfach erprobte und bewährte Fragebogen "SF-36" eingesetzt, ein Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten. Der SF-36 erfasst acht verschiedene Dimensionen, die sich in die Bereiche "körperliche Gesundheit" und "psychische Gesundheit" unterteilen lassen. Skalen sind: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden.

Als Hauptergebnis zeigte sich: Zu jedem Zeitpunkt des Alters findet man einen besseren Gesundheitszustand bei Angehörigen höherer Schichten. Dies ist allerdings auch aus anderen Studien bekannt. Neu war jedoch die Erkenntnis: Mit zunehmendem Lebensalter zeigt sich eine zunehmend größere Distanz zwischen den sozio-ökonomischen Schichten. So weist beispielsweise ein 70jähriger Angehöriger der Oberschicht dieselben gesundheitlichen Merkmale auf wie ein um acht Jahre jüngerer 62jähriger Kollege aus der Unterschicht. Im mittleren Lebensalter beträgt diese Differenz nur etwa 4.5 Jahre, das heißt: Ein 45jähriger Erwerbstätiger mit hoher beruflicher Stellung zeigt ähnliche gesundheitliche Merkmale auf wie ein un- oder angelernter Angestellter im Alter von 40.5 Jahren.

Die Wissenschaftler haben in ihrer Studie zwar nur Angestellte, Beschäftigte mit nicht-körperlicher Arbeit untersucht. Sie kommentierten ihre Ergebnisse jedoch so, dass sie fest überzeugt seien, dass ihr Befund auch bei Arbeitern und körperlichen Tätigkeiten Bestand hat und womöglich sogar noch größere Differenzen zutage treten könnten. Darüber hinaus würden ihre Befunde frühere Forschungsergebnisse widerlegen, die über eine Angleichung der gesundheitlichen Verfassung von Angehörigen höherer und niedrigerer beruflicher Stellung berichtet haben.

Die Studie ist im Volltext hier nachzulesen: [Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study](#) (BMJ, doi:10.1136/bmj.39167.439792.55, published 27 April 2007)

[Ein Abstract ist hier](#)

Hier findet man weitere Informationen zur [Whitehall II Study](#)

Gerd Marstedt, 28.4.2007

Sogar im Wohlfahrtsstaat Schweden: Herzerkrankungen und Todesfälle sind in Problem-Stadtteilen deutlich häufiger



Wer in problematischen Stadtteilen wohnt oder gar in "Armutsquartieren" mit hohem Ausländer- und Arbeitslosenanteil, mit alten, sanierungsbedürftigen Arbeitervierteln oder Hochhäusern des sozialen Wohnungsbaus, hat auch im Wohlfahrtsstaat Schweden ein deutliches höheres Risiko, an einer Koronaren Herzkrankheit (Arteriosklerose, Herzinfarkt) zu erkranken und daran zu sterben als Bürger in privilegierten Wohngegenden. Dies ist das Ergebnis einer großen schwedischen Studie bei über 130.000 Personen. Überraschend ist dieser Befund, hebt eine der Wissenschaftlerinnen, Marilyn Winkleby, hervor, "weil wir immer davon ausgehen, dass Wohlstand und Bildung uns von den prägenden Einflüssen unserer unmittelbaren Umgebung schützen können."

Dass solche großen Unterschiede bei Erkrankungsraten und Todesfällen sogar in Schweden zu beobachten sind, wo jedermann ungeachtet seiner Bildung, seines Einkommens oder Wohngegend freien Zugang zur medizinischen Versorgung hat, ist umso diskussionsbedürftiger, erklärte die Forscherin der Stanford University School of Medicine. "Es zeigt auf, dass möglicherweise auch die Qualität der medizinischen Versorgung zwischen einzelnen Stadtteilen erhebliche Unterschiede aufweist, obwohl es keinerlei Zugangsbeschränkungen zu Versorgungseinrichtungen gibt."

Die Wissenschaftler hatten aus einer Bevölkerungsstichprobe aller Schwedinnen und Schweden im Alter von 35-74 Jahren (insgesamt 3.7 Millionen Personen) Anfang 1996 all jene herausgesucht, bei denen noch keine Herzerkrankung auffällig geworden war. Diese Stichprobe von rund 130.000 Personen wurde über einen Zeitraum von 10 Jahren hinweg bis Anfang 2006 beobachtet. Erfasst wurden dabei neben Erkrankungen und Todesfällen auch Daten zur Wohngegend, und zwar durch Indikatoren wie Bildungsniveau, Einkommen, Arbeitslosigkeit oder Sozialhilfebezug im jeweiligen Wohnquartier. Die Wohngegend wurde daraufhin eingestuft als hoch, mittel oder nicht benachteiligt.

Im Abgleich mit den auch beobachteten Erkrankungs- und Todesfällen zeigte sich dann, auch bei statistischer Berücksichtigung des Lebensalters: Koronare Herzerkrankungen treten in problematischen Wohngegenden bei Frauen fast zweimal so oft, bei Männern anderthalbmal so oft auf. Die Todesfälle durch diese Erkrankungen lagen 1,6 bis 1,7 mal höher. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit, die höhere Betroffenheit von Erkrankungen und geringere Lebenserwartung unterer Sozialschichten ist zwar ein vielfältig belegtes und keineswegs neues Forschungsergebnis. Die Wissenschaftler hatten jedoch nicht erwartet, dass sich diese soziale Ungleichheit auch noch in einem Merkmal wie der Lebensqualität der Wohngegend widerspiegelt. Sie hatten entgegen den jetzt gefundenen Ergebnissen vermutet, dass der für alle Schweden freie Zugang zu jeder Arztpraxis und jeder Klinik einen Teil der durch Bildung oder elterliche Herkunft verursachten sozialen Ungleichheit auch in Bezug auf den Gesundheitszustand aufhebt.

Ein Abstract der im American Journal of Preventive Medicine (Volume 32, Issue 2 , February 2007, Pages 97-106) veröffentlichten Studie ist hier zu finden:

[Inequities in CHD Incidence and Case Fatality by Neighborhood Deprivation](#)

Gerd Marstedt, 19.2.2007

Verzerrte Weltkarten - Maßstab ist nicht die Landfläche, sondern soziale und gesundheitliche Benachteiligung



Soziale ungleich verteilte Chancen auf Gesundheit und Lebensqualität sind ein Thema, das in trockenen Statistiken etwa der WHO oder OECD immer wieder auftaucht, am Beispiel der Verbreitung von HIV/AIDS oder Malaria oder der Säuglingssterblichkeit. Daten und Fakten sind bekannt, doch zu nennenswerten Veränderungen im Bewusstsein der Bevölkerungen reicher Industrienationen haben sie nicht geführt. Die von Danny Dorling, Professor für Geographie an der University of Sheffield, Großbritannien, erstellten neuen Weltkarten möchten diesen Zustand zumindest ein wenig ändern.

Seine Weltkarten, die bei erster Betrachtung so wirken, als habe man sie mit einer Software zur Verzerrung von Porträtfotos wie "Power-Goo" bearbeitet, haben unterschiedliche Themen. Die Karten sind zwar maßstabsgerecht, was die Größe der Ozeane anbetrifft, hinsichtlich der Größe einzelner Länder erkennt man jedoch massive Schrumpfungen oder auch grotesk wirkende Aufblähungen. Die Themen sind sehr unterschiedlich, betreffen jedoch immer Aspekte, die die ungleiche Verteilung von Reichtum, Wohlstand und Gesundheit in den 200 betrachteten Ländern verdeutlichen: Verbreitung von Malaria und AIDS, Arbeitslosigkeit und Kriminalität, Gewalt gegen Frauen und Tote durch Kriege und Bürgerkriege, Ausgaben für das Gesundheitswesen und Drogenkonsum. Viele weitere Themenkarten sind in der Planungsphase, so die Verteilung der CO₂-Emissionen. Noch in diesem Jahr wollen die Autoren auf ihrer Homepage insgesamt 366 Karten präsentieren, später sogar in Form eines interaktiven dreidimensionalen Globus mit der Möglichkeit für Besucher, ein- und auszuzoomen.

"Auf der ganzen Welt", so beginnt der Artikel auf der Website von PLOS, in dem das Projekt vorgestellt wird, "haben sozial benachteiligte Bevölkerungskreise einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, sind öfter krank und sterben früher als andere in privilegierten Schichten. Die soziale Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit nimmt heute immer noch zu, trotz eines globalen Wohlstands und des technischen Fortschritts." Und um diese ungleiche Verteilung von Ressourcen und Risiken besser zu verdeutlichen als in trockenen Zahlen und Statistiken, hat Dorling das Projekt "Worldmapper" entwickelt und online gestellt. Besonders eindrucksvoll sind dabei jene Karten, die die unterschiedliche Reichtums- und Wohlstandsverteilung, aber auch die unterschiedlichen gesundheitlichen Probleme zwischen Europa und Nordamerika einerseits und Afrika oder Asien andererseits darstellen.

Hier ist die Homepage des Projekts mit allen bisher erstellten Karten: www.worldmapper.org
Die Beschreibung des Projekts (einschl. vieler Karten als Illustration) findet man in der Public Library of Science Medicine (PLoS): [Worldmapper: The Human Anatomy of a Small Planet](#)

Gerd Marstedt, 8.2.2007

Wochenbericht der "Kaiser Family Foundation" über rassische und ethnische Ungleichheiten bei Gesundheit in den USA



Angesichts der zahlreichen alten und neuen Ungleichheiten bei den gesundheitlichen Risiken und den Behandlungschancen der im "melting

pot" USA besonders zahlreichen und unterschiedlichen Angehörigen nahezu aller Rassen und Ethnien dieser Erde, ermöglicht die "Kaiser Family Foundation" mit ihrem "Kaiser Health Disparities Report: A Weekly Look at Race, Ethnicity and Health" einen wöchentlichen über das Internet automatisch erhältlichen Kurzüberblick über aktuelle Tendenzen, Reports und Probleme.

Der Bericht für die Woche vom 8. Bis 12. Januar 2007 enthält auf 11 Druckseiten u. a. folgende Meldungen:

- Disparities in Access to Preventive Health Screenings Exist for Minorities, Low-Income, Uninsured U.S. Residents, AHRQ Report Finds
- Study Finds USDA Nutrition Education Material Intended for Minorities Inadequate
- California Gov. Schwarzenegger Proposes Universal Health Coverage for All State Residents, Including Undocumented Immigrants
- Studies Examine Increasing Black Physician Population
- Toolkit Discusses Methods for Reducing Racial, Ethnic Health Disparities Among Medicaid Managed Care Beneficiaries
- Editorial Adresses Race Relations in the Workplace for Black Physicians

Am Beispiel der rassebezogenen Arbeitsplatz Erfahrungen afro-amerikanischer Ärzte (oder ganz im Zeichen der "political correctness" auch Ärzte afrikanischer Herkunft - "african descent") im Nordosten der USA soll kurz der Aufbau der Wochenberichte dargestellt werden: Die oben wiedergegebene Schlagzeile führt zu einem themenbezogenen Kurzttext, der ähnlich wie in diesem Forum kurz den Inhalt einer oder mehrerer aktueller Untersuchungen darstellt und Links zum Abstract oder Volltext enthält. In diesem Fall gelangt der Nutzer des "Disparities Report" am Ende zum Abstract der qualitativen Untersuchung von Nunez-Smith et al. mit dem Titel ["Impact of Race on the Professional Lives of Physicians of African Descent"](#) in der Ausgabe der Zeitschrift "Annals of Internal Medicine" vom 2. Januar 2007 (Volume 146 Issue 1: 45-51).

Die sicherlich noch zu vertiefende Studie zeigt, dass rassistische Vorbehalte keineswegs nur gegenüber farbigen Angehörigen der Unterschichten zur Geltung kommen, sondern auch durchaus zwischen und gegenüber Angehörigen mittlerer und gebildeter Schichten.

Die Schlussfolgerung lautet: "The issue of race remains a pervasive influence in the work lives of physicians of African descent. Without sufficient attention to the specific ways in which race shapes physicians' work experiences, health care organizations are unlikely to create environments that successfully foster and sustain a diverse physician workforce."

Über diese, auch als Bestellseite dienende, [Startseite kommen sie zu der jeweils aktuellen Ausgabe des "Kaiser Health Disparities Report"](#).

Bernard Braun, 13.1.2007

Gesundheitliche Ungleichheit in Europa



Dieser (englischsprachige) Bericht von Johan P. Mackenbach bietet eine Übersicht über verschiedene Indikatoren sozio-ökonomischer Ungleichheit im Gesundheitsbereich in 25 EU-Mitgliedsländern. Die mit vielen Grafiken und Tabellen angereicherte Veröffentlichung stellt Daten unter anderem zur Mortalität und Lebenserwartung, zur Morbidität (u.a.

chronische und Krebserkrankungen, neurotische Störungen, Suizid) zusammen, die jeweils nach sozio-ökonomischen Bevölkerungsgruppen und Geschlecht differenziert sind. In Kapitel 4 wird auch auf Ursachen und sozio-ökonomische Hintergründe sozialer Ungleichheit im Mortalitäts- und Morbiditätsspektrum eingegangen. Hier werden Rauchen, Alkoholkonsum und Ernährung als bedeutende Determinanten im Bereich des Gesundheitsverhaltens genannt.

Einige Ergebnisse, die schon vorliegende Befunde anderer Studien bestätigen:

- Gesundheitszustand, Betroffenheit von chronischen Erkrankungen und Lebenserwartung differieren erheblich in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit. Verschiedene Indikatoren hierfür, wie höchster Bildungsabschluss, Einkommenshöhe oder Stellung im Beruf, zeigen vergleichbare Ergebnisse.
- Die Unterschiede zwischen oberen und unteren Sozialschichten hinsichtlich Morbidität und Mortalität liegen in der Größenordnung von etwa 1:1,5 bis 1:2,5, d.h. Angehörige unterer Schichten sind zum Teil zweieinhalbmal so oft von Erkrankungen oder einem schlechteren Gesundheitszustand betroffen.
- Besonders auffällig sind die Schicht-Unterschiede in einigen Ländern aus dem ehemaligen "Ostblock" (z.B. Estland, Litauen, Slowenien, Polen).
- Die "Schere" gesundheitlicher Ungleichheit hat sich in den 80er und 90er Jahren noch vergrößert,

Eine kurze deutschsprachige Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in der österreichischen Zeitschrift "korso": [Soziale Ungleichheit gefährdet Ihre Gesundheit](#).

Der komplette Bericht (englisch, 52 Seiten) steht hier zum Download bereit: Johan P. Mackenbach: [Health Inequalities: Europe in Profile](#)

Gerd Marstedt, 13.12.2006

Armutsrisiko Gesundheitsversorgung in Deutschland 2005



Mitten in die Debatten um das Festhalten der "Großen Koalition" am extrem niedrigen Versorgungsniveau des Arbeitslosengeld II und den Versuchen arbeitgebernaher Experten die verbreiteten Forderungen nach einer nach 10 Jahren Reallohnabsenkung notwendigen kräftigen Lohnerhöhung wegzuarargumentieren (Motto: Eigentlich passt Lohnerhöhung weder im Ab- noch im Aufschwung -also lieber nie!), veröffentlichte das Statistische Bundesamt gerade und zum ersten Mal EU-weit vergleichbare Daten zu "Armut und Lebensbedingungen in Deutschland 2005" aus der Befragungs-Studie "Leben in Europa".

Armut oder Armutgefährdung existiert danach, wenn Menschen mit weniger als 60 % des durchschnittlichen Einkommens auskommen müssen, was in Deutschland bei einer alleinstehenden Person ein Einkommen von weniger als 856 Euro im Monat bedeutet. Eine Familie mit zwei Kindern gilt dann als arm oder armutsgefährdet, wenn sie weniger als 1.798 Euro monatlich zur Verfügung hat.

Legt man diese Maßstäbe an, waren 2004 rund 13 % oder 10,6 Millionen in Deutschland armutsgefährdet, darunter 1,7 Millionen Kinder unter 16 Jahren.

Neben vielen sozialen Armutsrissen, die in dem Bericht ausführlich und plastisch

dokumentiert sind, behindert Armut auch den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Das bedeutet u.a.:

- Mehr als ein Fünftel der Armutsgefährdeten (aber auch 7 % der nicht Armutsgefährdeten) werden durch Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen davon abgehalten, sich einer notwendigen ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung zu unterziehen.
- Der Anteil von Personen, die auf einen Arztbesuch verzichten ist dabei unter den Armutsgefährdeten fast doppelt so hoch wie unter den Nicht-Armen.
- Armutsgefährdete Befragte schätzen ihren Gesundheitszustand als deutlich schlechter ein als Nicht-Arme. Dies gilt vor allem für die 25-64-Jährigen zu.
- Armutsgefährdete sind aber auch bei potenziell gesundheitsrelevanten sozialen Lebensumständen erheblich schlechter gestellt als Nicht-Arme: 14 % (Nicht-Arme: 3 %) müssen im Winter an der Heizung sparen, 22 % (12 %) leben in feuchten Wohnungen und 26 % (8 %) von ihnen können sich nicht mindestens jeden zweiten Tag eine hochwertige Mahlzeit leisten.

Für alle Akteure, die über "Hartz V" oder den "überfälligen Umbau des Sozialstaats" nachdenken: Ohne die noch vorhandenen sozialen Transferleistungen wäre ein knappes Viertel der Bevölkerung armutsgefährdet.

Hier finden Sie ein rund 50-seitiges [Presseexemplar des Berichtes "Armut und Lebensbedingungen in Deutschland 2005"](#)

Bernard Braun, 5.12.2006

Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben - Neue Belege für eine alte These



Dass es einen deutlichen Zusammenhang gibt zwischen Armut und Gesundheit und auch zwischen sozialer Schicht und Lebenserwartung, ist durch zahlreiche Studien aus dem Ausland inzwischen hinreichend belegt und unstrittig. Für Deutschland gab es bislang jedoch keine aussagekräftigen Untersuchungen und belastbare Daten. Die Fragestellung konnte bislang vor allem aufgrund strengerer Datenschutzbestimmungen nicht gezielt untersucht werden. Seit kurzem gibt es jedoch zwei Studien, die die internationale Datenlage eindeutig erhärten.

So legte unlängst ein Autorenteam um Karl Lauterbach (MdB, Professor für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie an der Universität zu Köln, Berater im Gesundheitsministerium) den Bericht "Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung" vor. Grundlage der Berechnungen waren die Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), einer repräsentativen Stichprobe mit jährlich mehr als 22.000 Befragten. Als Ergebnis zeigte sich: Männer mit einem Bruttoeinkommen von weniger als 1.500 Euro haben eine Lebenserwartung von 71 Jahren, bei einem Einkommen über 4.500 Euro beträgt die Lebenserwartung 80 Jahre. Ähnliche Differenzen finden sich für Frauen: 78 Jahre bei niedrigem, 84 Jahre bei sehr hohem Einkommen. An Lauterbachs Analyse kritisiert wurde allerdings, dass die Fallzahlen sehr niedrig sind. Zugrunde gelegt wurden die Sterbefälle im SOEP der Jahre 2001-2004.

Methodisch weniger angreifbar ist eine jetzt veröffentlichte neue Untersuchung, die

Rembrandt Scholz vom Max-Planck-Institut für Demografische Forschung in Rostock mit Kollegen vorgelegt hat. Dort konnten erstmals Daten des Forschungsdatenzentrums der Deutschen Rentenversicherung verwendet werden, die wegen des Datenschutzes bislang unzugänglich waren. Datenbasis waren alle Männer, die eine gesetzliche Rente beziehen bzw. bezogen haben, rund 5 Millionen Deutsche, von denen im Untersuchungsjahr 2003 etwa 250.000 starben. Im Ergebnis zeigt sich derselbe Trend wie bei Lauterbach, wenngleich ein wenig abgeschwächt: Ein heute 65jähriger Mann, der in seinem Leben wenig verdient und wenig in die Rentenkasse eingezahlt hat, lebt durchschnittlich noch etwa 14 Jahre, ein anderer mit früher sehr hohem Einkommen und hoher Rente hat eine weitere Lebenserwartung von knapp 19 Jahren. Für Frauen konnte Scholz die Analyse allerdings nicht durchführen, dazu ist die Datenbasis der Rentenversicherung zu "durchlöchert", aufgrund von Erwerbsunterbrechungen vieler Frauen oder Phasen ohne Renteneinzahlungen.

Beide Studien sind als PDF-Dateien online verfügbar:

- [Lauterbach K, Lungen M, Stollenwerk B, Gerber A, Klever-Deichert G. Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006; Köln: Ausgabe 01/2006 vom 25.02.2006](#)
- [Hans-Martin von Gaudecker, Rembrandt D. Scholz: Lifetime earnings and life expectancy, MPIDR WORKING PAPER WP 2006-008, MARCH 2006](#)

Gerd Marstedt, 28.11.2006

USA: Fachzeitschrift zur Gesundheitsversorgung der Armen



Seit 2004 erscheint in den USA die wahrscheinlich weltweit einzigartige gesundheitswissenschaftliche Fachzeitschrift "Journal of Health Care of the Poor and Underserved". Das offizielle Organ der wohl auch ziemlich einmaligen ["Association of Clinicians for the Underserved"](#) beschäftigt sich unter anderem mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, der Leistungsqualität, den Kosten und der Gesetzgebung für die Armen und aus sozialen Gründen Unterversorgten vor allem im US-

Gesundheitssystem. Auch die älteren Texte sind meist nur als Abstracts erhältlich, einige wenige Beiträge aber auch als PDF-Dateien.

Hier gibt es den Überblick zum [Inhalt der bisherigen Ausgaben](#).

Bernard Braun, 5.11.2006

Verdeckte Armut: 1,9 Millionen Geringverdiener verzichten auf staatliche Unterstützung



Nach wie vor nehmen mehrere Millionen Bedürftige in Deutschland ihren Anspruch auf staatliche Hilfen nicht wahr. Darunter sind knapp zwei Millionen Erwerbstätige, die ihren geringen Verdienst nicht "aufstocken" lassen, obwohl das möglich wäre. Sie leben in verdeckter Armut - und mit ihnen etwa eine Million Kinder. Das zeigt eine von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Simulationsstudie der Frankfurter

Verteilungsforscherin Dr. Irene Becker.

Insgesamt dürften gut 10 Millionen Menschen einen gesetzlichen Anspruch auf Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld haben. Tatsächlich erhalten derzeit aber lediglich 7,4 Millionen Menschen Hartz-IV-Leistungen, zeigt die Untersuchung. Die Wissenschaftlerin hat dafür auf Basis des Sozio-Oekonomischen Panels (SOEP) das Ausmaß von Bedürftigkeit 2004 - also kurz vor der Hartz-IV-Reform - geschätzt und mit aktuellen Zahlen der Bundesagentur für Arbeit (BA) verglichen.

Die BA-Statistik verrate nur die "halbe Wahrheit" über Hilfebedürftige in Deutschland, so Becker. Zwar sei durch die Hartz- IV-Reform die Dunkelziffer der Armut "mäßig gesunken" - insbesondere bei Arbeitslosen, die vor der Reform den Gang zum Sozialamt scheuten und nun ihre Ansprüche bei der Arbeitsagentur anmelden. Doch etwa 1,9 Millionen Geringverdiener nehmen offenbar ihren Anspruch auf aufstockende Leistungen nicht wahr. Damit liegt die Zahl der bedürftigen Erwerbstätigen etwa dreimal so hoch wie die 900.000 gemeldeten "Aufstocker". Betroffen sind vor allem gering Qualifizierte, Teilzeitbeschäftigte, die keine volle Stelle finden, sowie Familien mit drei oder mehr Kindern. 1,5 Millionen Haushalte schützt auch ein Vollzeiteinkommen nicht vor Bedürftigkeit.

Die Ergebnisse der Studie stehen in "auffallendem Kontrast" zu Thesen über negative Arbeitsanreize der staatlichen Grundsicherungszahlungen, so Irene Becker. Offenbar scheint breiten Schichten das Bedürfnis nach Eigenständigkeit, Anerkennung und einer längerfristigen Lebensperspektive wichtiger zu sein, als das kurzfristige wirtschaftliche Kalkül, folgert Becker. Nicht Leistungsmissbrauch sei verbreitet, sondern Arbeit trotz Mini-Einkommen.

Auf der Website der Hans-Böckler-Stiftung ist die gesamte Studie (44 Seiten) als PDF-Datei verfügbar:

[Armut in Deutschland: Bevölkerungsgruppen unterhalb der Alg II-Grenze](#)
und ebenso eine einseitige [Kurzfassung der Ergebnisse](#)

Gerd Marstedt, 26.10.2006

Mindestens 1,8 Millionen Bedürftige in Deutschland leben ohne staatliche Hilfe



Die verdeckte Armut in Deutschland erreicht fast die Größenordnung der statistisch erfassten und bekämpften. Neben den 2,8 Millionen Menschen, die staatliche Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten, leben in der Bundesrepublik mindestens 1,8 Millionen Bedürftige ohne öffentliche Unterstützung. Das zeigt eine von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Studie der Frankfurter Wirtschaftswissenschaftler Prof. Dr. Richard

Hauser und Dr. Irene Becker. Im Jahre 2003 kamen nach Analyse der Armutsforscher auf drei Empfänger von Sozialhilfe als Hilfe zum Lebensunterhalt "mindestens zwei, eher drei Berechtigte", die sich nicht bei den Behörden meldeten. Das entsprach 1,8 bis 2,8 Millionen Menschen. Nach der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe dürfte die Zahl tendenziell gesunken sein, weil die Dunkelziffer unter den Arbeitslosen zurückging - in anderen Gruppen hingegen nicht. Deutlich überproportional von verdeckter Armut betroffen sind allein stehende Frauen über 60 Jahre. Zudem sehen die Forscher Indizien, dass das auch für die ausländische Bevölkerung gilt.

Als arm definiert die Untersuchung Menschen, die nicht über das gesetzlich festgelegte

Existenzminimum verfügen. Prof. Dr. Hauser und Dr. Becker werteten drei große Haushaltsstichproben aus: die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes, das Sozio-Ökonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung sowie das Niedrigeinkommenspanel von Infratest Sozialforschung. Auf dieser Basis kalkulierten sie die verdeckte Armut für 1998. Ergänzende Auswertungen zeigen: die Zahlen haben sich bis 2003 kaum verändert.

Eine wesentliche Ursache dafür, dass Bedürftige auf staatliche Hilfe verzichten, ist Unwissenheit. So geht in Befragungen mehr als die Hälfte der verdeckt Armen davon aus, Sozialhilfe zurückzahlen zu müssen. Dass auch Beschäftigte Anspruch auf ergänzende Sozialhilfe hatten, war vielen nicht bekannt, zeigt die Analyse. Die Hartz-Gesetze dürften dieses Informationsdefizit vergrößert haben, schätzen die Wissenschaftler: "Die Working Poor dürften sich noch seltener als anspruchsberechtigt sehen als vor der Reform - denn sie sind ja nicht arbeitslos."

Auch Furcht vor Stigmatisierung schreckt viele eigentlich Unterstützungsberechtigte ab. Um verdeckte Armut zu bekämpfen, empfehlen die Forscher mehr Informationen und aufsuchende Sozialarbeit. Politiker sollten "verallgemeinernde Äußerungen über angeblich verbreiteten Missbrauch des Wohlfahrtsstaates" vermeiden.

Weitere Details zur Studie in: [Böckler Impuls 1/2006](#)

Gerd Marstedt, 18.1.2006

UN-Human Development Report 2005: Internationale Ungleichheit ein wachsendes Problem



Aktuelle, umfassende und verlässliche Zahlen zum Stand, den Determinanten und den wichtigsten Problemen der Humanentwicklung in den der UNO angehörenden Länder liefert der gerade mit einem Umfang von 388 Seiten vom United Nations Development Programme (UNDP) herausgegebene sechste "Human Development Report 2005. International cooperation at a crossroads. Aid, trade and security in an unequal world."

Der Bericht betont seine relative Unabhängigkeit von der offiziellen Politik der UN-Mehrheit.

Zu den wichtigsten Indikatoren für humane Entwicklung gehören neben den geläufigen Gesundheitsindikatoren (z.B. Kindersterblichkeit, Lebenserwartung) auch beispielsweise die Bildungschancen, die Partizipation der BürgerInnen, das Einkommen, die Armut, die Beteiligung am internationalen Handel und die Gewalt. Der aus diesen und weiteren Indikatoren berechnete "Human Development Index (HDI)" dokumentiert die enorme Ungleichheit zwischen Ländern und Regionen, an der sich trotz einiger internationaler Programme (z.B. die Millenium-Ziele und das Anti-Armutsprogramm der Weltbank) kaum etwas positiv verändert - im Gegenteil.

Unter der programmatischen Überschrift vom "Ende der Konvergenz" ziehen die Verfasser eine sehr pessimistische Bilanz der Entwicklung der letzten 40 Jahre: "A worrying aspect of human development today is that the overall rate of convergence is slowing - and for a large group of countries divergence is becoming the order of the day. In a world of already extreme inequalities human development gaps between rich and poor countries are in some cases widening and in others narrowing very slowly. The process is uneven, with large variations

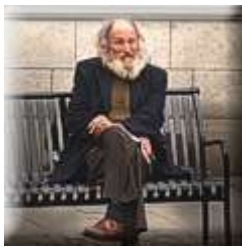
across regions and countries. We may live in a world where universal rights proclaim that all people are of equal worth - but where you are born in the world dictates your life chances."

In der Ländergruppe mit hohem HDI befinden sich 57 Länder (darunter z.B. Deutschland), in der mit mittlerem HDI sind 88 Länder (z.B. Russland, Venezuela) und 32 Länder (darunter zahlreiche afrikanische Länder) befinden sich auf einem niedrigen Niveau der Humanentwicklung.

Hier finden Sie die sehr große PDF-Datei: [Human Development Report 2005](#)

Bernard Braun, 21.9.2005

Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit



Erst vor kurzem hat die Bundesregierung den 2. Armuts- und Reichtumsbericht vorgelegt. Der Bericht selbst sowie Forschungsberichte und Gutachten zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht finden sich auf der Website von [Sozialpolitik aktuell](#). In einem Kapitel werden dort auch zusammenfassend Ergebnisse einer Forschungsstudie zum Thema Armut und Gesundheit beschrieben. Die detaillierten Befunde der Forschungsstudie liegen nun auch in einem 225seitigen Papier vor, das vom RKI in der Reihe "Gesundheitsberichterstattung des Bundes" herausgegeben wird. Die Autoren Thomas Lampert und Thomas Ziese untersuchen dort detailliert, welche Effekte Bildung, Einkommen, Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, Migration und andere Faktoren auf Krankheiten und Krankheitsrisiken haben. Die Broschüre liegt als PDF-Datei im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beim RKI vor: [Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit](#)

In ähnlicher Weise wird die alte und neue Problematik ("Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben") in einem Forschungsprojekt "Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit in Europa" aufgegriffen. Johannes Siegrist fasst einige wesentliche neuere Erkenntnisse der Forschungsstudie in einem [Referat auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005](#) in Berlin so zusammen: Erstens: Der soziale Einfluss von Schicht, Bildung und Einkommensbedingungen auf Morbidität und Mortalität wird bereits am Beginn des Lebens, in der Schwangerschaft und in den aller ersten Lebensjahren gebahnt. Zweitens: Im frühen und mittleren Erwachsenenalter wird dieser Einfluss durch die Qualität der Erwerbsarbeit entscheidend beeinflusst.

In diesem Zusammenhang von Interesse ist auch das Kapitel 3 aus dem letzten Gutachten (2005) des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, das unter dem Titel "Sozioökonomischer Status und Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren" auf rund 70 Seiten ebenfalls Ergebnisse internationaler Studien zum Zusammenhang von Schicht, Bildung und Krankheitsrisiken zusammenträgt. Analysiert werden dort unterschiedlichste Erkrankungsarten, wie Herz-Kreislauf, Diabetes, Stütz- und Bewegungsapparat, Haut- und Atemwegserkrankungen etc. Das gesamte Gutachten liegt ebenfalls als PDF-Datei vor (762 Seiten): [Koordination und Qualität im Gesundheitswesen](#)

Gerd Marstedt, 16.8.2005

SVR stellt fest: Bildung und Arbeit beeinflussen Krankheitsrisiken



Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt sein neues Gutachten mit dem Titel "Koordination und Qualität" vorgestellt und Analysen und Vorschläge für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens unterbreitet. Schwerpunktthemen des diesjährigen Gutachtens sind die korporativen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, Prävention, Pflege sowie die Versorgung mit Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln. Unter anderem gefordert wird eine Stärkung neuer Versorgungsformen und des Vertragswettbewerbes im Gesundheitssystem."

Auch für gesundheitspolitisch weniger Interessierte recht aufschlussreich sind die umfangreichen Daten und Informationen über die sozial ungleiche Verteilung von Erkrankungen. Als Fazit heißt es: "Wer schlecht ausgebildet ist, wenig verdient und in einem Beruf mit geringer gesellschaftlicher Anerkennung arbeitet, hat eine niedrigere Lebenserwartung und trägt ein höheres Krankheitsrisiko als besser gestellte Bevölkerungsgruppen. Lebensbedingungen und Lebensstile, die Bildung und der Arbeitsplatz beeinflussen die Gesundheit mehr als häufig angenommen wird."

Pressemitteilungen und Langfassung des Gutachtens sind hier zu finden: [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen](#)

Gerd Marstedt, 6.7.2005

<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?rubrikartikel=6020>