

Mittwoch, 11. April 2012

Münchener Armutsbericht 2011/2012

Expertise zum Handlungsfeld:

Armut und Gesundheit in München

Andreas Mielck

Dr. Andreas Mielck, M.P.H.

Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt

Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen

Postfach 1129, 85758 Neuherberg

Tel.: (089) 3187 - 4460; Fax: - 3375

e-mail: mielck@helmholtz-muenchen.de

<http://www.helmholtz-muenchen.de/igm/>

Adressat:

Frau Barbara Schmid, Fachstelle Armutsbekämpfung,

Landeshauptstadt München, Sozialreferat

1	Einführung.....	1
2	Empirische Analysen aus München	2
2.1	Empirische Analysen im Rahmen der Münchner Gesundheitsberichterstattung	2
2.2	Empirische Analysen im Rahmen weiterer wissenschaftlicher Studien	8
3	Weitere Stellungnahmen in München zum Thema 'Armut und Gesundheit'	11
4	Münchner Bürgerinnen- und Bürgerbefragung 2010.....	14
5	Stand der Diskussion in Deutschland.....	16
5.1	Empirische Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit.....	17
5.2	Erklärungsansätze	19
5.3	Ansatzpunkte zur Verringerung der sozialen Ungleichheit bei Gesundheit.....	24
6	Zentrale Handlungsfelder	26
7	Fazit.....	29
8	Literaturliste	32
9	Anhang	35

1 Einführung

Der 'Münchener Armutsbericht 2000' (Sozialreferat 2002a) enthält ein längeres Kapitel über 'Kinderarmut und Gesundheit'. Bezogen auf München wurden hier vor allem Ergebnisse aus den folgenden Datenquellen vorgestellt: Schuleingangsuntersuchung, schulärztliche Untersuchung der 10-12jährigen Kinder, Befragung von Berufsschülern/innen aus dem Jahr 1999, Befragung bei Personen aus der Altersgruppe 13-25 aus dem Jahr 1995. Die Auswertungen bestätigen, dass die in anderen Studien immer wieder gefundenen Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit auch in München vorhanden sind. In den nächsten beiden Armutsberichten 'Fortschreibung 2002' (Sozialreferat 2002b) und 'Fortschreibung 2004' (Sozialreferat 2006) taucht das Thema 'Gesundheit' kaum auf. Im letzten Münchener Armutsbericht (Sozialreferat 2008) werden in einem kurzen Abschnitt zum Thema 'Gesundheit' einige Ergebnisse aus der Münchener Gesundheitsberichterstattung (siehe unten) vorgestellt. Weitergehende Analysen sind nicht enthalten.

Es ist daher sehr zu begrüßen, dass dem Thema 'Armut und Gesundheit' im neuen Münchener Armutsbericht jetzt wieder mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird. In letzter Zeit häufen sich in Deutschland nicht nur die Armutsberichte, sondern auch die Berichte über den Zusammenhang zwischen der sozialen Ungleichheit einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits. In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozialen Status zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009). Es ist daher bestimmt sinnvoll, auch in den Armutsberichten auf diese Problematik hinzuweisen.

Im Folgenden werden zunächst einige empirische Analysen aus München vorgestellt. Sie sollen verdeutlichen, dass Armut und Gesundheit auch in einer so vergleichsweise wohlhabenden Stadt wie München miteinander zusammenhängen. Das anschließende Kapitel ist überschrieben mit: Weitere Stellungnahmen in München zum Thema 'Armut und Gesundheit'. Hier wird darauf hingewiesen, dass (gesundheits-)politische Stellungnahmen zum Thema 'Armut und Gesundheit' in München schon seit vielen Jahren vorhanden sind, dass dieses Thema also schon lange im 'politischen Bewusstsein' angekommen ist. Im nächsten Kapitel werden Ergebnisse aus der 'Münchener Bürgerinnen- und Bürgerbefragung 2010' vorgestellt. Die Befragung enthält zwar keine Fragen zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten, wohl aber Fragen zu einigen gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen (z.B. Lärm und Luftverschmutzung, Erreichbarkeit und Attraktivität von Grünflächen und Sportanlagen, Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung). Die Analyse dieser Daten kann somit aktuelle Informationen bereitstellen auch über die sozialen Unterschiede bei diesen gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen. Im fünften Kapitel wird dann der Blick auf die allgemeine wissenschaftliche Diskussion zum Thema 'Armut und Gesundheit' erweitert, um so die Ergebnisse aus München einordnen und die künftigen

Herausforderungen besser ableiten zu können. Der Abschluss wird durch ein kurzes Kapitel zu 'Zusammenfassung und Ausblick' gebildet.

2 Empirische Analysen aus München

Aus München liegen bereits eine ganz Reihe von empirischen Studien über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit vor. Eine zusammenfassende Übersicht ist bisher jedoch nicht vorhanden. Im Folgenden soll versucht werden, die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammenzufassen.

2.1 Empirische Analysen im Rahmen der Münchner Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsbericht zum Thema 'Gesundheitliche Ungleichheit bei Erwachsenen'

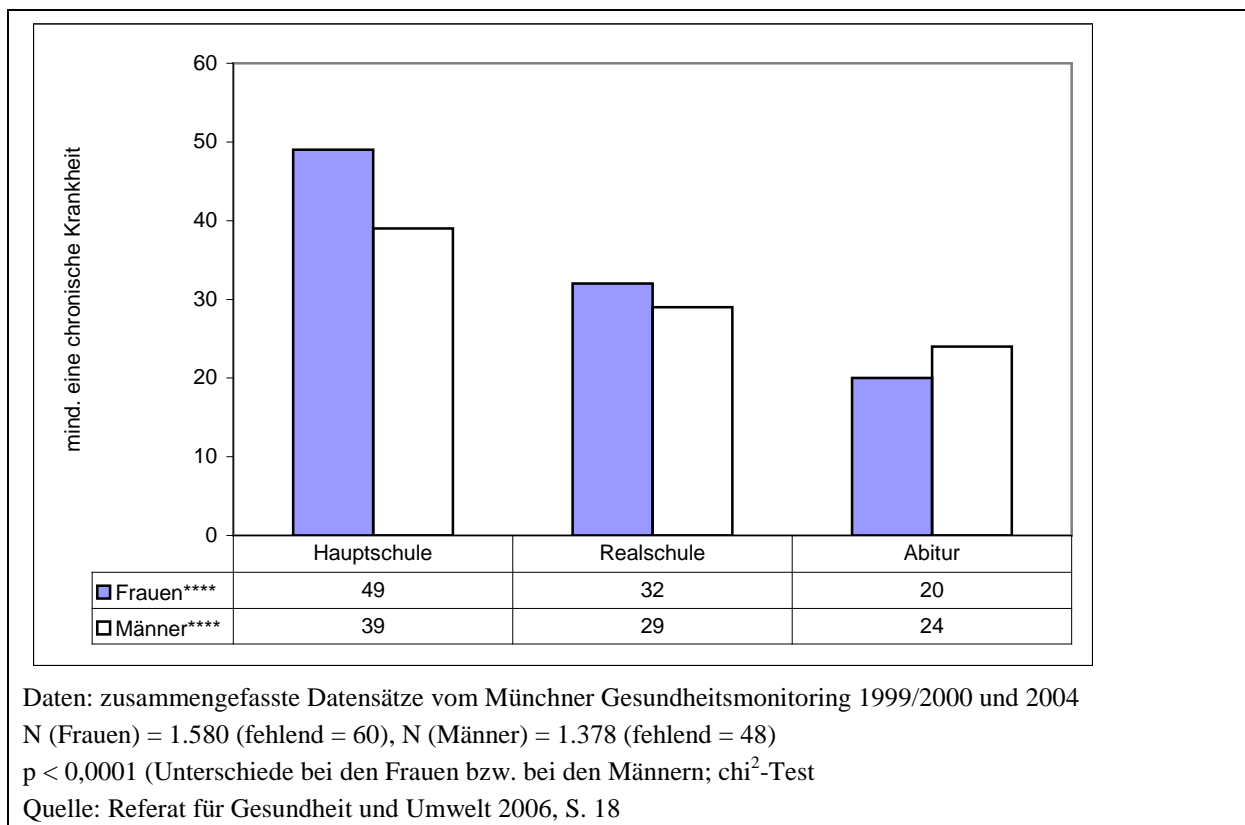
Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt München sind zum Thema 'Armut und Gesundheit' mehrere größere Berichte erstellt worden. Einer trägt den Titel "Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit in München" (Referat für Gesundheit und Umwelt 2006). Die Analyse beruht auf den Daten aus dem 'Münchner Gesundheitsmonitoring' der Jahre 1999/2000 und 2004; befragt wurden 18- 79-jährige Personen mit Hauptwohnsitz in München. Die folgenden Ergebnisse lassen sich hervorheben:

- "Personen mit einer niedrigen Bildung oder einem geringen Einkommen berichten besonders häufig von einem nicht 'sehr guten' Gesundheitszustand und von chronischen Krankheiten" (ebenda, S. 19).
- "Je niedriger die Schulbildung ist, desto mehr wird geraucht (...). Je niedriger der Bildungsabschluss ist, desto höher ist auch das Risiko für Übergewicht" (ebenda, S. 23).
- "Die Bereitschaft, wegen der fälligen Praxisgebühr auf einen Arztbesuch zu verzichten, ist (...) bei Personen mit niedrigem sozialen Status besonders häufig vorhanden, und zwar unabhängig davon, ob zur Beschreibung des sozialen Status die Schulbildung oder das Einkommen verwendet wird" (ebenda, S. 30).
- Bezogen auf die selbst wahrgenommene Belastung durch Luftverschmutzung und Lärm: "Die unteren Statusgruppen sind von diesen Umweltbelastungen am Wohnort deutlich stärker betroffen als die oberen, und zwar unabhängig davon, ob zur Beschreibung des sozialen Status die Schulbildung oder das Einkommen verwendet wird" (ebenda, S. 34).
- "In den ärmeren Stadtbezirken sind die Bewohner erheblich stärker durch Luftverschmutzung und Lärm belastet als in den reicheren Stadtbezirken" (ebenda, S. 66).

Wichtig ist nicht nur die Existenz dieser sozialen Ungleichheiten bei Gesundheitszustand und gesundheitlichen Risiken, sondern auch das Ausmaß dieser Unterschiede. Das Ausmaß lässt

sich gut veranschaulichen, wenn die Prävalenz chronischer Erkrankung (d.h. der Anteil von Personen mit einer chronischen Erkrankung) in den drei Bildungsgruppen dargestellt wird (siehe Abbildung 1). Dabei ist z.B. zu sehen, dass die Prävalenz bei Frauen aus der unteren Bildungsgruppe (Hauptschule) mit 49% mehr als doppelt so hoch ist wie bei Frauen aus der oberen Bildungsgruppe (Abitur) mit 20%. Auch bei Männern ist ein ähnlicher, aber etwas kleinerer Unterschied zu erkennen. Diese gesundheitlichen Ungleichheiten bleiben auch bestehen, wenn in weiteren Analysen der Einfluss des Alters statistisch kontrolliert wird.

Abbildung 1: Schulbildung und chronische Krankheiten (in %)



Auf Basis dieses Berichtes entstand eine wissenschaftliche Publikation (Mielck et al. 2009); der Schwerpunkt lag dabei auf der sozialen Verteilung von Luftverschmutzung und Lärm. Als Ergebnis wird dort festgehalten:

"Verglichen mit der obersten Bildungsgruppe (Erwachsene mit Abitur) ist die Belastung in der untersten Bildungsgruppe (Erwachsene mit Hauptschul-Abschluss) 1,5mal so hoch bei Luftverschmutzung, 1,8mal so hoch bei Lärm, und 1,9mal so hoch beim gleichzeitigen Auftreten von Luftverschmutzung und Lärm. Beim Vergleich der unteren mit der oberen Einkommensgruppe lauten die entsprechenden Zahlen: 2,3mal, 2,0mal, 2,5mal. Diese Unterschiede bleiben auch erhalten bei statistischer Kontrolle weiterer Variablen wie Alter und Geschlecht. Der Vergleich zwischen den reicheren und ärmeren Stadtbezirken ergibt ein ähnliches Bild: Belästigungen durch Luftverschmutzung und Lärm sind in den ärmeren Stadtbezirken offenbar erheblich häufiger als in den reicheren, bezogen auf Luftverschmutzung z.B. 1,5mal" (ebenda, S. 46/47).

Gesundheitsbericht zum Thema 'Gesundheitliche Ungleichheit in der APUG-Region'

Ein anderer Bericht trägt den Titel "Soziale Ungleichheit, Umweltbedingungen und Gesundheit anhand eines regionalen Beispiels" (Referat für Gesundheit und Umwelt 2007). Datengrundlage ist hier die im Jahr 2004 durchgeführte Befragung in Berg am Laim, Ramersdorf und Obergiesing. Diese 'Soziale Stadt'- Region ist geprägt von besonders großen gesundheitlichen Belastungen; sie ist fast deckungsgleich mit der Region, die in München für das 'Aktionsprogramm für Umwelt und Gesundheit (APUG)' ausgewählt wurde. "Diese Gebiete sind durch ein hohes Verkehrsaufkommen und eine hohe Lärm- und Schadstoffbelastung gekennzeichnet, bei Bausubstanz und Infrastruktur sind erhebliche Mängel vorhanden" (ebenda, S. 10). Befragt wurden Personen zwischen 18 und 80 Jahren. Hier lassen sich z.B. die folgenden Ergebnisse hervorheben (ebenda, S. 62ff):

- Die folgenden Risiken sind bei den Personen aus der unteren Statusgruppe (niedrige Bildung, geringes Einkommen, Arbeitslosigkeit, Wohnen in einer Sozialwohnung) besonders häufig: Unzufriedenheit mit der Sicherheit in der Wohngegend, wenig sportliche Aktivität, Rauchen, seltener Konsum von frischem Obst oder Gemüse.
- "Die Aussage 'Ich treibe kein Sport, weil das für mich zu teuer ist' ist besonders häufig zu hören von den Befragten aus der unteren Bildungsgruppe, aus der unteren Einkommensgruppe, von den Arbeitslosen und von den Befragten aus Sozialwohnungen".

Auch aus diesem Bericht heraus ist eine wissenschaftliche Publikation entstanden (Koller et al. 2010). Dort werden z.B. die Zusammenhänge mit der Variablen 'Ich treibe kein Sport, weil das für mich zu teuer ist' genauer untersucht. Bei statistischer Kontrolle des Einflusses von Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft sagen die Befragten in der unteren Einkommensgruppe (pro-Kopf-Einkommen bis 770,- Euro) fast 4mal häufiger als die Befragten aus der oberen Einkommensgruppe (ab 1.500,- Euro), dass sie sich keinen Sport leisten können.

Gesundheitsbericht zum Thema 'Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern'

Ein weiterer Bericht trägt den Titel "Gesundheitszustand von Kindern in München: Soziale und Räumliche Unterschiede" (Referat für Gesundheit und Umwelt 2010). Die Analysen beruhen auf den Daten der Schuleingangs-Untersuchung in München für die Schuljahre 2004/05 und 2005/06. Der Datensatz umfasst Angaben von insgesamt fast 20.000 Kindern. Hier lässt sich z.B. das folgende Ergebnis hervorheben:

- In der Gruppe 'beide Eltern andere Muttersprache als Deutsch' sind einige gesundheitliche Belastungen deutlich höher als in der Gruppe 'beide Eltern Deutsch als Muttersprache', z.B. bei der nicht vollständigen Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, bei Übergewicht und Adipositas.

Zur Erfassung der sozialen Lage standen in diesem Datensatz nur drei Angaben zur Verfügung: Alter und Geschlecht des Kindes, Muttersprache der Eltern. Besonders interessant

sind daher die weitergehenden Analysen, bei denen die Daten der Schuleingangs-Untersuchung auf Ebene der 127 Schulsprengel ausgewertet wurden. Die Schulsprengel sind so kleinräumig, dass sie die Lebensumwelt der Kinder relativ gut abbilden können. Das Statistische Amt der Stadt München hat zudem einige Daten zur sozialen Charakterisierung der Schulsprengel zur Verfügung stellen können: Mit Hilfe der beiden Variablen 'Anteil von Personen mit Abitur oder Fachhochschulreife' einerseits und 'Anteil der Übertritte auf das Gymnasium' andererseits konnten die Schulsprengel in die drei Gruppen 'niedriger, mittlerer oder hoher sozialer Status' eingeteilt werden; und mit Hilfe der Variablen 'Anteil der deutschen Staatsbürger/innen ohne Migrationshintergrund' ließ sich die Variable 'niedriger, mittlere oder hoher Anteil von Migranten' bilden.

Hervorheben lassen sich hier z.B. die folgenden Ergebnisse:

- "Eine geringe Bereitschaft zur Masernimpfung ist vor allem in den bildungs-hohen Sprengeln zu sehen.
- Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 ist in den Sprengeln besonders niedrig, die ein niedriges Bildungsniveau oder einen hohen Migranten-Anteil aufweisen.
- Der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder ist in den Sprengeln besonders hoch, die ein niedriges Bildungsniveau oder einen hohen Migranten-Anteil aufweisen" (ebenda, S. 30).

Diese Ergebnisse beruhen auf einer großen Datenbasis; und die bei Befragungen üblichen Verzerrungen durch Nicht-Teilnahme und Antwortverweigerung sind hier nicht vorhanden. Die Ergebnisse sind daher sehr zuverlässig.

In dem Gesundheitsbericht sind noch weitere Daten verwendet worden, und zwar die Daten aus der Studie 'Gesundheits-Monitoring-Einheiten (GME)'. Die GME-Studie wurde in drei Landkreisen (Bamberg, Günzburg, Schwandorf) und drei kreisfreien Städten (Bamberg, Ingolstadt, München) durchgeführt. Sie dient der Erhebung von Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern in Bayern, bezogen auf die Altersgruppe 5-7 Jahre. Die schriftliche Elternbefragung fand im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen statt (Bolte et al. 2007/2008). Ausgewertet für den Gesundheitsbericht wurden die Daten für München aus den beiden Befragungen 2004/2005 und 2005/2006; insgesamt lagen Daten von 2.286 Kindern vor. Hervorheben lassen sich hier z.B. die folgenden Ergebnisse:

- "Übergewicht (einschließlich Adipositas) ist bei relativ vielen Mädchen (9%) und Jungen (11%) vorhanden. Die Prävalenz ist besonders hoch bei den folgenden Gruppen von Kindern: niedriger Schulabschluss der Eltern, Migrationshintergrund, beengte Wohnverhältnisse" (ebenda, S. 40).
- "Ungefähr 30% der Mädchen und Jungen verbringen täglich mehr als eine Stunde vor dem Fernseher oder dem Computer. Die Prävalenz ist besonders hoch bei den folgenden Gruppen von Kindern: niedriger Schulabschluss der Eltern, niedriges Einkommen, Migrationshintergrund, beengte Wohnverhältnisse, nicht-erwerbstätige Mutter, Arbeitslosigkeit der Eltern" (ebenda, S. 44).

- "Bei 44% der Mädchen und 53% der Jungen wird angegeben, dass sie sich selten in Vereinen oder Sportgruppen sportlich betätigen. Die Prävalenz ist besonders hoch bei den folgenden Gruppen von Kindern: niedriger Schulabschluss der Eltern, niedriges Einkommen, Migrationshintergrund, allein erziehende Mutter oder Vater, Arbeitslosigkeit der Eltern" (ebenda, S. 47).
- "Insgesamt 36% aller Schulanfänger sind 'passivem Rauchen' ausgesetzt (d.h. sie leben in einer Wohnung, in der geraucht wird). Die Prävalenz ist besonders hoch bei den folgenden Gruppen von Kindern: niedriger Schulabschluss der Eltern, niedriges Einkommen, Migrationshintergrund, allein erziehende Mutter oder Vater, Arbeitslosigkeit der Eltern" (ebenda, S. 50).

Auf Basis dieses Berichtes ist ebenfalls eine wissenschaftliche Publikation entstanden (Perna et al. 2010). Dort stehen vor allem die sozialen Unterschiede bei den psychischen Auffälligkeiten im Vordergrund. In der GME-Studie ist auch die deutsche Version des Fragebogens 'Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-D)' eingesetzt worden, zur Erfassung der folgenden vier Skalen: emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen. Diese Angaben wurden zu einem 'Gesamt-Problemwert' gebündelt und in drei Gruppen eingeteilt (unauffällige, grenzwertig, auffällig). Für die Analyse sind dann die beiden letztgenannte Gruppen (grenzwertig, auffällig) zusammengefasst worden. Eine so definierte 'psychische Auffälligkeit' ist bei ca. 6% der Mädchen und 11% der Jungen vorhanden. Bezogen auf den sozialen Status der Eltern sind wieder deutliche Unterschiede zu sehen: Der Anteil 'psychisch auffälliger' Kinder

- nimmt mit zunehmender Schulbildung der Eltern stetig ab (Hauptschulabschluss 14,3%, Fachhochschulreife/Abitur/Realschulabschluss 11,6%, Studium an Fachhochschule oder Universität 5,9%),
- nimmt mit zunehmendem Einkommen der Eltern stetig ab (untere Einkommensgruppe 13,9%, mittlere 10,8%, obere 5,4%),
- ist bei arbeitslosen Eltern höher als bei nicht arbeitslosen (13,2% versus 8,0%),
- ist bei alleinerziehenden Eltern höher als bei nicht alleinerziehenden (14,8% versus 8,1%).

Alle diese Unterschiede sind statistisch signifikant und weisen darauf hin, dass es auch bei den psychischen Auffälligkeiten große Unterschiede zwischen den sozialen Statusgruppen gibt.

Gesundheitsbericht zum Thema 'Migrantinnen und Migranten'

Es liegt zudem ein Bericht speziell zum Thema 'Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in München' vor (Referat für Gesundheit und Umwelt 2005). Bezogen auf Kinder standen vor allem Daten zur Säuglingssterblichkeit (1995 bis 2003) und Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2003 zur Verfügung. Hier lassen sich z.B. die folgenden Ergebnisse hervorheben:

- Bezogen auf die Säuglingssterblichkeit gibt es erhebliche Schwankungen von Jahr zu Jahr, aber "die Sterblichkeit ausländischer Säuglinge (ist) meist höher" (ebenda, S. 10).

- "Der Impfstatus der Kinder ist im Großen und Ganzen gut. So sind fast durchgängig über 90% der Kinder gegen IPV (Polio), Tetanus und Diphtherie geimpft. Der Durchimpfungsgrad ist bei türkischen, (ex-)jugoslawischen und griechischen Kindern sehr hoch. Größere Impflücken sind am ehesten bei deutschen Kindern und da vor allem bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln zu finden" (ebenda. S. 16).
- "Insgesamt werden die Vorsorgeuntersuchungen gut angenommen (...). Dies trifft insbesondere auf die Untersuchungen zu, die in das erste Lebensjahr fallen (U1- U6). Ab da steigen in allen Nationalitätengruppen die Anteile der Kinder an, für die die nachfolgenden Untersuchungen nicht mehr durchgeführt wurden. Besonders auffallend ist das bei türkischen und (ex-)jugoslawischen Kindern" (ebenda. S. 17).
- "Vor allem griechische, italienische und türkische Kinder sind (...) zu dick" (ebenda. S. 19).

Ausgewertet wurden auch Daten aus einer 1999 in München durchgeführten schriftlichen Befragung von Ärzten/innen zur ambulant-ärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft. Antworten lagen von 1.091 Ärzten/innen vor. Wichtige Ergebnisse sind hier z.B.:

- Bezogen auf die Frage, wie gut der Zugang von Migrantinnen und Migranten zur ambulant-ärztlichen Versorgung ist: "Nach Fachrichtungen aufgegliedert zeigt sich, dass vor allem der Zugang zu Ärztinnen und Ärzten der Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie erschwert ist" (ebenda, S. 24.).
- Die Ärzte/innen wurden z.B. gefragt, "ob es Krankheiten und Beschwerden gibt, die bei ihren ausländischen Patientinnen und Patienten auffallend häufig auftreten". Bezogen auf die ausländischen Frauen sind hier besonders häufig Depressionen und Ängste genannt worden, und bezogen auf die ausländischen Männer vor allem Erkrankungen des Bewegungsapparates und Magen-Darm-Erkrankungen (ebenda, S. 27/28).
- Gefragt wurde auch nach den möglichen Ursachen für diese häufig auftretenden Krankheiten und Beschwerden. "Am häufigsten wurden Einsamkeit und Heimatlosigkeit (14%) genannt (...). An zweiter Stelle stehen physische und psychische Überlastungen und Mehrfachbelastungen durch körperliche schwere Arbeiten und Stress (13%). Der niedrige Sozialstatus, das geringe Bildungsniveau, die beengten wirtschaftlichen Verhältnisse und damit einher gehende ungünstige Wohnverhältnisse werden am dritthäufigsten genannt (9%). Erst an vierter Stelle folgen Kulturunterschiede und Kulturkonflikte (9%), vor allem in Bezug auf die islamische Kultur und das islamische Menschenbild und damit verbundene Integrationsprobleme in die hiesige Kultur" (ebenda, S. 29).

Selbstverständlich darf 'Migrationshintergrund' nicht gleichgesetzt werden mit 'sozial benachteiligt'. Viele ausländische Mitbürger/innen gehören der mittleren oder gehobenen Statusgruppe an. Zur Erfassung von sozialer Ungleichheit muss bei den ausländischen genauso wie bei den deutschen Mitbürger/innen immer unterschieden werden nach Merkmalen wie Bildung, Einkommen und beruflicher Status.

2.2 Empirische Analysen im Rahmen weiterer wissenschaftlicher Studien

Weitere Arbeiten entstanden im Rahmen wissenschaftlicher Projekte. Erwähnt werden kann hier z.B. eine Arbeit zu körperlichen und seelischen Erkrankungen bei obdachlosen Männern (Fichter et al. 2000). Die Autoren fassen die Ergebnisse so zusammen (ebenda, S. 1148):

- "Die hohe Rate psychischer und körperlicher Erkrankungen und die sehr geringe Behandlungsfrequenz zeigen, dass eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung in gezielten niederschweligen Angeboten dringend erforderlich ist."

Die Analyse von M. Jungbauer-Gans und P. Kriwy (2008) basiert auf den Daten der Münchner Schuleingangs-Untersuchung im Jahr 2001. Ergänzt wurden diese Daten durch drei Angaben zur Sozialstruktur der Schulsprengel (durchschnittliches Bildungsniveau, durchschnittliches Einkommensniveau, Vollbeschäftigung), die im Jahr 2000 im Rahmen einer Mehrthemen-Befragung erhoben wurden. Die Ergebnisse zeigen z.B.:

- Der Anteil von Kindern mit mindestens acht der zehn empfohlenen Impfungen ist in den Schulsprengeln besonders niedrig, die einen hohen (!) sozialen Status aufweisen.

Eine weitere detaillierte Analyse der Daten aus der Münchner Schuleingangs-Untersuchung liegt für die Daten aus dem Schuljahr 2004/05 vor (Koller/Mielck 2009). Zur Erfassung der sozialen Lage standen von den ca. 10.000 Kindern wieder nur drei Angaben zur Verfügung (wie im bereits oben erwähnten Gesundheitsbericht zum Thema 'Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern'): Alter und Geschlecht des Kindes, Muttersprache der Eltern. Auf Ebene der Schulsprengel ist daher die folgende Variablen hinzugezogen worden: Anteil der Haushalte mit Personen, die nur einen Hauptschulabschluss aufweisen. Wie bei Jungbauer-Gans/Kriwy (2008) erfolgte auch hier die Auswertung mit Hilfe einer 'Mehrebenen-Analyse' (d.h. mit einem fortgeschrittenen statistischen Verfahren). Die Ergebnisse zeigen:

- Übergewicht tritt in der Gruppe 'beide Eltern andere Muttersprache als Deutsch' 2,8mal häufiger auf als in der Gruppe 'beide Eltern Deutsch als Muttersprache'. Wenn man die Schulsprengel vergleicht, die einen hohen bzw. niedrigen Anteil von Hauptschulabsolventen aufweisen, dann wird zusätzlich deutlich: Ein hoher Anteil von Hauptschulabsolventen ist mit einem 1,4mal höheren Übergewichtsrisiko verbunden, und zwar unabhängig von individuellen Einflüssen durch Muttersprache der Eltern und Geschlecht des Kindes.
- Auch bezogen auf die nicht vollständige Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 lassen sich ganz ähnliche Einflüsse durch Muttersprache der Eltern und Bildungsniveau des Schulsprengels beobachten.

Diese Analysen sind somit ein klarer Beleg dafür, dass nicht nur die individuelle soziale Lage, sondern auch die sozialen Charakteristika der Wohnumgebung einen Einfluss auf die gesundheitlichen Risiken ausüben können.

Zum Abschluss dieses Kapitels soll noch eine wissenschaftliche Analyse zum 'Münchener Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen' erwähnt werden. Auf der Homepage dieses Münchener Modells wird der Abschlussbericht einer vor kurzem abgeschlossenen Evaluation vorgestellt¹. Im Vorwort zum Bericht schreiben Frau Dr. Kurz-Adam (Leiterin des Stadtjugendamts, Sozialreferat) und Frau Eder-Debye (Co-Leiterin der Abteilung Gesundheitsvorsorge, Referat für Gesundheit und Umwelt):

- "Seit vielen Jahren leisten Kinderkrankenschwestern des Referats für Gesundheit und Umwelt im Rahmen von Hausbesuchen bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern eine gesundheitliche Beratung zu allen Fragen der Entwicklung und Pflege des Kindes. (...) Für Familien in besonders schwierigen Lebenssituationen können die Kinderkrankenschwestern seit 2008 passgenaue soziale Hilfen zeitnah und zuverlässig vermitteln (...). Qualitativ sind Frühe Hilfen niedrigschwellig, nachgehend und weit im Vorfeld von Krisen und manifester Kindeswohlgefährdung wirksam."

Der Evaluationsbericht zum Gesundheitsbereich beruht auf einer umfassenden wissenschaftlichen Begleitung des 'Münchener Modells' (Schunk et al. 2010). Im Mittelpunkt standen dabei drei Themenbereiche (ebenda, S. 19): "Bedarfserkennung (Belastungsfaktoren, Zugangswege) und Vermittlungsverlauf, Angebot der Frühen Hilfen aus Sicht der Eltern, Verfahren und Kooperation aus Sicht der beteiligten Fachkräfte im Gesundheitsbereich". Ausgewertet wurden statistische Angaben zum Hausbesuch, zusätzlich sind aber auch Befragungen beispielsweise der Eltern und der Kinderkrankenschwestern durchgeführt worden. Hervorzuheben sind hier z.B. die folgenden Ergebnisse (ebenda, S. 40ff.):

- "Die im Rahmen des Münchener Modells der Früherkennung und Frühen Hilfen im gesundheitlichen Bereich durchgeführte indikatorengestützte Risikoeinschätzung ergab, dass bei ca. 20% der von RGU-Kinderkrankenschwestern besuchten Kindern ein Frühe Hilfen - Bedarf vorlag. Dies entspricht in etwa dem Erwartungswert für den Frühe Hilfen - Bedarf, der bei der Konzeption des Münchener Modells zugrunde lag."
- "Die Evaluation des Moduls 'Gesundheitsbereich' umfasste 534 Kinder bzw. Familien mit Frühe Hilfen - Bedarf, die vom RGU-Hausbesuchsdienst im Erhebungszeitraum von April bis Dezember 2009 besucht wurden. Diese zeichneten sich durch eine hohe Belastung und hohen Hilfebedarf aus. Die häufigsten Belastungsmerkmale der Familien waren: Überlastung der Eltern (65%), Armut (41%), fehlende soziale Unterstützung (41%) (...) sowie soziale Isolation (40%)."
- "Die Vermittlungsakzeptanz im Münchener Projekt betrug 77%, d.h. 412 von 534 Familien mit Frühe Hilfen - Bedarf stimmten der Vermittlung zu."
- "Die Elternbefragung zeigte eine hohe Zufriedenheit mit dem Besuch der Kinderkrankenschwester und den Informationen über die Frühen Hilfen. Eltern, die der Vermittlung zustimmten, gaben als wichtigsten Grund für die Zustimmung an, 'ihre Lage verbessern zu wollen' (83%). Hier werden also in der Tat die Eltern 'abgeholt', die sich selber helfen wollen und bereit sind, Hilfe anzunehmen."

¹ http://www.muenchen.de/Rathaus/soz/aktuell/familie/fruehe_hilfen.html

- "Insgesamt belegen die Evaluationsergebnisse, dass im Rahmen des Münchner Modells der Früherkennung und Frühen Hilfen hoch belastete Familien mit Neugeborenen und Kindern bis zu drei Jahren früh und effizient erreicht werden. (...) Aufgrund der beachtlichen Erfolge, die durch die Umsetzung des Konzepts 'Münchner Modells der Früherkennung und Frühen Hilfen im Gesundheitsbereich' bislang erzielt wurden, ist der weitere Ausbau der Frühen Hilfen in München mit verbindlicher und enger Kooperation zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich außerordentlich wünschenswert."

Das 'Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen' zeigt, dass bereits viel getan wird zur Gesundheitsförderung von hoch belasteten Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Die wissenschaftliche Evaluation belegt zudem, dass die hierfür aufgewendeten Ressourcen auch effektiv eingesetzt werden. Eine derartige Evaluation von (gesundheits)politischen Maßnahmen, mit denen die sozialen Unterschiede beim Gesundheitszustand verringert werden können, gibt es leider immer noch viel zu wenig.

3 Weitere Stellungnahmen in München zum Thema 'Armut und Gesundheit'

Am 7. Februar 2001 fand in München eine Gesundheitskonferenz zum Thema "Armut und Gesundheit. Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche" statt, veranstaltet vom Gesundheitsbeirat der LH München, dem Referat für Gesundheit und Umwelt und dem Sozialreferat der LH München. In der Dokumentation dieser Konferenz ist auch die 'Münchener Erklärung' wiedergegeben (Gesundheitsbeirat 2001, S. 87ff.). Dort heißt es zum Beispiel:

"Zur Verbesserung der Chancengleichheit von benachteiligten Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, dass diese mehr als bisher von den vorhandenen gesundheitlichen und sozialen Diensten und Angeboten profitieren. Spezielle Fortbildungen sollen dazu beitragen (...) dass alle Akteure die Zusammenhänge und Symptome von Armut und Krankheit (...) frühzeitig erkennen und darin geschult sind, die Kompetenzen der benachteiligten Mädchen und Jungen sowie ihrer Eltern zu entdecken, zu respektieren und zu stärken (Salutogenese bzw. Primärprävention). (.). Die Gesundheitskonferenz fordert: (...) Öffentlich geförderte kinder- und jugendspezifische Freizeit- und Ferienangebote müssen ausgeweitet werden und für finanziell schwache Familien attraktiv bleiben. (...) Niederschwellige Angebote (wie z.B. Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg) müssen ausgeweitet werden und in allen Stadtteilen mit besonderem Bedarf angeboten werden."

Der vollständige Text der 'Münchener Erklärung' ist im Anhang wiedergegeben. Klare Worte bei der Begrüßung fand auch Herr Lorenz, Referent für Gesundheit und Umwelt (Gesundheitsbeirat 2001, S. 3):

"Armut macht nicht per se krank. Es sind die über Armut vermittelten Faktoren: Arbeitsbedingungen, geringes Einkommen, schlechte Wohnverhältnisse, schlechtere gesundheitliche Versorgung, mangelnde Unterstützung bei Problemen. (...) Unser Ziel ist mehr Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche".

Auch in letzter Zeit ist wiederholt und deutlich auf den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit hingewiesen worden. In der vor kurzem publizierte Broschüre 'München gegen Armut' heißt es im Vorwort von Frau Meier (Sozialreferentin) und Frau von Gaessler (Leiterin des Amtes für Soziale Sicherheit) zum Beispiel (Landeshauptstadt München 2011, S. 7):

"Arm zu sein bedeutet nicht nur wenig Geld zu haben; mit Armut sind viele Einschränkungen und soziale Ungleichheiten verbunden. Einkommensarmut mindert die Bildungschancen, behindert die Teilhabe am Stadtleben, verursacht Wohnungslosigkeit und gefährdet die Gesundheit. Besonders bei Kindern, deren Eltern von Armut betroffen sind, können die Entwicklungschancen erheblich eingeschränkt sein."

In ihrem Beitrag zum Thema 'Armut und soziale Ausgrenzung in München' betont Frau Schmid (Leiterin der Fachstelle Armutsbekämpfung im Amt für Soziale Sicherung, Schuldner- und Insolvenzberatung der Landeshauptstadt München) unter dem "Stichwort Gesundheit" dort (Landeshauptstadt München 2011, S. 93):

"Nicht mehr von der Hand zu weisen ist ein Zusammenhang zwischen von Armut Betroffenen und - im Vergleich zu nicht von Armut Betroffenen - einem schlechteren Gesundheitszustand. (...) Gerade die in den letzten Jahren durchgeführten Gesundheits- und Sozialreformen und die damit einhergehenden zusätzlichen finanziellen Belastungen für die Bürgerinnen und Bürger - beispielsweise durch die Einführung der Praxisgebühr und der Zuzahlung bzw. vollständigen Zahlung von medizinischen Hilfsgeräten oder die Leistungsbegrenzung von bestimmten Medikamenten und präventiven Maßnahmen - treffen Menschen mit niedrigem Einkommen besonders hart. (...) Im Rahmen der 'Perspektive München' wurde die Leitlinie 'Gesundheit' verabschiedet, die den Zusammenhang von Armut und Gesundheit aufgreift und Handlungsansätze sowie Maßnahmen zur Verbesserung vorstellt."

Die oben erwähnte 'Leitlinie Gesundheit' befasst sich vor allem mit vier Themenfeldern: "Gesundheitliche Chancengleichheit, Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderliche Umwelt, Gesundheitliche Versorgung" (Landeshauptstadt München 2010, S. 7). Auch hier wird also wieder deutlich, dass dem Thema 'Gesundheitliche Chancengleichheit' eine große Bedeutung beigemessen wird. Bei der weiteren Ausformulierung heißt es dann zum Beispiel:

"Die Landeshauptstadt München richtet ihre Angebote zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention vor allem auf die Menschen aus, die von gesundheitlicher und sozialer Benachteiligung betroffen sind; diese werden gezielt unterstützt und in ihren Ressourcen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil gestärkt. Die Landeshauptstadt München ergreift Maßnahmen vor allem dort, wo sich soziale und umweltbedingte Benachteiligungen und Risiken häufen, um die Belastungen der Bevölkerung zu verringern und damit ihre gesundheitlichen Chancen zu verbessern " (ebenda, S. 11)

Selbstverständlich gibt es noch weitere Berichte aus München, in denen das Thema 'Armut und Gesundheit' eine zentrale Rolle spielt. Erwähnt werden kann hier zum Beispiel ein schon etwas älterer Erfahrungsbericht aus der Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg-Nord (Weißbacher 2002). Dort steht z.B.:

- "Tatsache ist, dass die Menschen in München - der 'Weltstadt mit Herz' - rein theoretisch den Zugang zum gesamten Medizinsystem und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) haben. Kein Mensch bräuchte - theoretisch - ohne Versicherung zu sein. Das Sozialamt zahlt Zahnersatz, wo er nötig ist, wofür ein 'normal' Versicherter vielleicht eine Menge Geld hinlegen müsste - und trotzdem laufen viele der hier im Hasenberg-Nord lebenden Menschen ohne oder mit einem stark sanierungsbedürftigen Gebiss durch den Stadtteil. Es gibt zahlreiche vergleichbare Beispiele, die deutlich machen, dass Armut sich nicht darin zeigt, dass Menschen keine (finanzielle) Unterstützung bekommen, sondern dass sie materielle und persönliche Ressourcen nicht nutzen können. Armut sieht man

nicht immer. Es kann auch eine paradoxe Dynamik zwischen Schein und Wirklichkeit entstehen. Äußerlich betrachtet sieht man vielleicht Luxusgüter (z.B. teure Autos, Markenartikel), aber hinter der Fassade reicht es nicht für ein gesundes Essen und andere Grundbedürfnisse. Viele der Familien sind verschuldet. Warum entsteht solch eine Widersprüchlichkeit?" (ebenda. S. 151).

- "Es geht darum, die Menschen in kleinen Schritten zu Handlungsfähigkeit zu bringen. Wir geben oft den Anstoß hierzu und verstehen uns dabei als BegleiterInnen des Prozesses. Ziel muss die Loslösung von Abhängigkeiten und Hilflosigkeit sein. Dies erreichen wir z.B. durch ständige Angebote zu Themen wie Ernährung, Gesundheitsverhalten und Körperbewusstsein (Gruppenarbeit, Infostände und -material), offene Sprechstunden, Hausbesuche, sucht- und gewaltpräventive Projekte und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Gremienarbeit, Helferkonferenzen, fachlicher Austausch). Wir warten nicht nur darauf, dass die Menschen zu uns kommen, sondern gehen zu ihnen hin" (ebenda. S. 154).
- "Die Probleme der Menschen sind vielfältig und komplex. Es braucht einen langen Atem, um Fortschritte zu sehen. Auch wir stoßen dabei an Grenzen, Grenzen des Machbaren, Grenzen dessen, was zu ertragen ist, Grenzen der Verantwortung, die noch tragbar ist" (ebenda. S. 166).

Dieser Bericht 'aus der Praxis' wird hier etwas ausführlicher zitiert um zu verdeutlichen, dass es ein weiter Weg ist von (gesundheits-)politischen Stellungnahmen bis hin zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung 'vor Ort'. Die Stellungnahmen sind wichtig und unverzichtbar, die große Herausforderung besteht jedoch in der praktischen Umsetzung der allgemeinen Empfehlungen und Absichtserklärungen.

4 Münchner Bürgerinnen- und Bürgerbefragung 2010

Das Ziel der Befragung wird wie folgt beschrieben: "Auskünfte über die soziale Lage und Lebenssituation der Münchner Bevölkerung und Angaben zur Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen in der Wohnumgebung und der Stadt zu erhalten sowie Einstellungen und Bewertungen zu wichtigen kommunalen Themen zu erfassen" (Referat für Stadtplanung und Bauordnung & Sozialreferat 2011, S. 8). Fragen zum Gesundheitszustand und zum eigenen Gesundheitsverhalten wurden nicht gestellt. Vorhanden sind jedoch Angaben zu folgenden Themen:

- gesundheitliche Belastungen und Ressourcen (z.B. Lärm und Luftverschmutzung in der Wohnumgebung, Erreichbarkeit und Attraktivität von Grünflächen und Sportanlagen),
- Zufriedenheit mit dem Angebot an niedergelassenen Ärzten in der Wohnumgebung, mit dem allgemeinen Angebot an medizinischer Versorgung in München insgesamt, mit den Leistungen der Stadt München im Bereich 'Gesundheitsförderung'.

Angaben zum Einkommen sind ebenfalls enthalten. Es lassen sich daher auch einkommensspezifische Unterschiede bei diesen Belastungen und Ressourcen und bei diesen drei Fragen zur Zufriedenheit mit den Angeboten der gesundheitlichen Versorgung erfassen².

Verglichen werden hier zum Einen die Personen aus 'einkommens-armen' Haushalten (Haushaltseinkommen von maximal 60% des Durchschnittseinkommens) mit allen Personen aus der Stichprobe. Dabei wird z.B. deutlich, dass die folgenden Belastungen bei den 'einkommens-armen' Personen deutlich erhöht sind:

- überbelegte Wohnung (23,3% versus 12,8% in der Vergleichsgruppe)
Wenn sich die Analyse auf Familien mit Kindern beschränkt, dann ergibt sich ein Unterschied von 62,3% versus 34,9%.
- unterdurchschnittliche Wohnfläche pro Person (49,7% versus 33,3%)
Wenn sich die Analyse auf Familien mit Kindern beschränkt, dann ergibt sich ein Unterschied von 87,0% versus 67,2%. Bei einkommens-armen Haushalten stehen pro Person 35,6 m² zur Verfügung, bei der Vergleichsgruppe 41,8 m². Eine weitere Differenzierung der einkommens-armen Haushalte zeigt besonders wenig Wohnfläche pro Person bei Familien mit drei oder mehr Kindern (16,0 m²), bei Familien mit zwei Kindern (19,1 m²) und bei Familien mit einem Kind (22,7 m²).

² Die folgenden Zahlen stammen aus der Expertise von Herrn Werner Fröhlich für den Münchner Armutsbericht 2011/2012. Berichtet werden im Folgenden nur die statistisch signifikanten Unterschiede.

Verglichen werden zum Anderen die Personen aus 'einkommens-armen' Haushalten mit den Personen aus 'einkommens-reichen' Haushalten (200% oder mehr des Durchschnittseinkommens). Dabei wird z.B. deutlich, dass die folgenden Belastungen bei den 'einkommens-armen' Personen deutlich erhöht sind:

- bezogen auf die unmittelbare Wohnumgebung
 - Verkehrslärm (20,6% versus 14,8%)
 - Luftverschmutzung (16,2% versus 10,1%)
 - verschmutzte Straßen und Plätze (14,4% versus 10,0%)
 - störende Nachbarn (11,4% versus 5,4%)
 - nächtlicher Lärm
 - mangelnde Zufriedenheit mit den folgenden Angeboten
 - Kulturangebot (48,6% versus 38,5%)
 - Sportmöglichkeiten (26,2% versus 16,6%)
 - Sicherheit (21,2% versus 11,5%)
- bezogen auf die wirtschaftliche Lage des eigenen Haushaltes:
Beurteilung als 'schlecht oder sehr schlecht' (44,3% versus 22,6%)
- bezogen auf die eigene Erwerbstätigkeit:
Beurteilung des Arbeitsplatzes als 'weniger sicher bzw. unsicher' (27,3% versus 11,5%)

Entsprechend wird von den 'einkommens-armen' Personen deutlich häufiger als von den 'einkommens-reichen' gefordert, dass in München mehr Geld ausgegeben werden sollte für:

- sozialen Wohnungsbau (69,5% versus 44,3)
- soziale Beratungsstellen (40,1% versus 27,9%)
- Gesundheitsförderung (41,5% versus 17,8%)
- Sauberkeit der Luft (40,5% versus 32,6%)
- Förderung der Wirtschaft allgemein (34,1% versus 21,7%)
- Spielplätze (41,8% versus 29,9%)
- Sportmöglichkeiten (25,2% versus 14,4%)
- Einrichtungen für Jugendliche (68,8% versus 55,4%)
- Einrichtungen für Ältere (53,8% versus 35,1%)
- Lärmschutz (31,2% versus 23,4%)
- öffentliche Sicherheit (36,0% versus 21,4%)

Alle oben genannten Belastungen (überbelegte Wohnung, Verkehrslärm, Luftverschmutzung, unsicherer Arbeitsplatz etc.) können den Gesundheitszustand beeinträchtigen; das hat die Public Health Forschung immer wieder belegt (Hurrelmann/Razum 2012, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011). Die sozialen Unterschiede bei diesen Belastungen weisen somit darauf hin, dass es im Themenbereich 'soziale Ungleichheit und Gesundheit' in München nach wie vor erhebliche Probleme gibt.

Zu betonen ist auch, dass die Angehörigen der unteren Einkommensgruppe eine gezielte Verbesserung ihrer sozialen und gesundheitliche Lage fordern. Sie fordern mehr Geld für den sozialen Wohnungsbau und für die sozialen Beratungsstellen, und auch für die

Gesundheitsförderung. Der letzte Punkt ist hier von besonderem Interesse. Oft wird vermutet, dass die Personen aus der unteren Einkommensgruppe nur geringes Interesse an ihrer eigenen Gesundheit haben, und dass sie sich daher besonders ungesund verhalten. Offenbar ist es aber so, dass bei ihnen großes Interesse an Gesundheitsförderung vorhanden ist, dieses Interesse bisher jedoch nur unzureichend genutzt wurde.

5 Stand der Diskussion in Deutschland

Der Begriff 'soziale Ungleichheit'

Im Alltagsverständnis werden unter dem Begriff 'soziale Ungleichheit' zumeist Unterschiede nach Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen verstanden. Etwas präziser formuliert handelt es sich hierbei um Merkmale der 'vertikalen' sozialen Ungleichheit. Der Zusatz 'vertikal' soll ausdrücken, dass diese Merkmale eine Unterteilung der Bevölkerung in 'Oben und Unten' ermöglichen. Es besteht weitgehend Einigkeit darin, dass sich die vertikale soziale Ungleichheit mit Hilfe der drei oben genannten Merkmale (Bildung, berufliche Stellung, Einkommen) gut erfassen lässt. Ein besonderes Gewicht kommt dabei dem Einkommen zu, weil die (Einkommens-)Armut häufig als der zentrale Indikator für die vertikale soziale Ungleichheit angesehen wird.

Die Bevölkerung lässt sich aber auch mit Hilfe von Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Nationalität in Gruppen unterteilen, und auch zwischen diesen Gruppen kann soziale Ungleichheit bestehen. Die Grenzen zwischen diesen Gruppen verlaufen sozusagen quer zu den Grenzen der vertikalen sozialen Ungleichheit. Es wird daher auch von 'horizontaler' sozialer Ungleichheit gesprochen. Der vorliegende Bericht konzentriert sich jedoch auf die vertikale soziale Ungleichheit.

Der Begriff 'gesundheitliche Ungleichheit'

Der Zusammenhang zwischen dem vertikalen sozialen Status und dem Gesundheitszustand wird im deutschen Sprachraum zumeist als 'gesundheitliche Ungleichheit' bezeichnet. Auf Englisch wird zwischen den Begriffen 'health inequality' und 'health inequity' unterschieden. 'Health inequality' ist der allgemeinere Begriff, der alle sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand umfasst. Der Begriff 'health inequity' hat dagegen eine wertende, normative Komponente, er wird zur Beschreibung der 'ungerechten' bzw. 'unfairen' Unterschiede verwendet. Mit anderen Worten: Nur die 'health inequalities' erzeugen einen (gesundheits-)politischen Handlungsdruck, die als 'health inequities' angesehen werden. Eine vergleichbare sprachliche Differenzierung hat sich im deutschen Sprachraum nicht herausgebildet. Die Unterschiede in Mortalität und Morbidität sind jedoch so groß, dass auch in Deutschland immer mehr gefordert wird, die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. In diesem Sinne handelt es sich hier also um 'health inequities'.

Der Begriff 'gesundheitliche Chancengleichheit'

Bei der Forderung nach Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit stellt sich sofort die Frage, wie das angestrebte Ziel definiert werden kann. Eine Forderung wie 'alle Menschen sollen gleich gesund sein und gleich lange leben' ist selbstverständlich nicht sinnvoll. In Anlehnung an die Argumentation des WHO-Regionalbüros für Europa lässt sich das Ziel wie folgt definieren (Mielck/Helmert 2012): 'Alle Menschen sollen unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. zu werden'. Diese Zielvorstellung wird oft mit dem Begriff 'gesundheitliche Chancengleichheit' umschrieben. Sie wird kaum vollständig zu erreichen sein. Gesucht werden realistische, umsetzbare Vorschläge, die dazu beitragen können, dieses Ziel so weit wie möglich zu erlangen.

Zentrale Fragestellung

Im Mittelpunkt der Diskussion über die gesundheitliche Ungleichheit stehen drei Fragen:

- Wie groß sind die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den sozialen Statusgruppen
- Wie lassen sich diese gesundheitlichen Ungleichheiten erklären?
- Wie können diese gesundheitlichen Ungleichheiten verringert werden?

5.1 Empirische Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit

Die zahlenmäßige Wiedergabe der Ergebnisse soll einen Eindruck geben von Ausmaß und gesellschaftlicher Bedeutung der Unterschiede. Allgemeine Aussagen wie 'die Personen mit niedrigem Einkommen sterben früher als die Personen mit höherem Einkommen' können den Zusammenhang zwar korrekt wiedergeben, sie vermitteln jedoch keinen Eindruck von der Größenordnung des Problems.

Das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit zeigt sich besonders deutlich bei Analysen zur Lebenserwartung. Zur Beschreibung des sozialen Status wird dabei auch und vor allem die (Einkommens-)Armut verwendet. Von Lampert et al. (2007) wurden fünf Einkommensgruppen unterschieden (maximal 60% des durchschnittlichen Äquivalenz-Einkommens, 61-80%, 81-100%, 101-150%, mehr als 150%). Die untere Gruppe kann dabei als 'arm' und die obere Gruppe als 'reich' bezeichnet werden. Die Analysen zeigen, dass die Männer aus der 'reichen' Gruppe ca. 10 Jahre länger leben als die Männer aus der 'armen' Gruppe. Ein ganz ähnlicher Zusammenhang zeigt sich auch bei Frauen.

Bundesweit repräsentative und aktuelle Daten zur gesundheitlichen Lage der Erwachsenen in Deutschland liegen aus der Studie 'Gesundheit in Deutschland (GEDA)' vor (RKI 2011). Zwischen Juli 2008 und Juni 2009 wurden ca. 21.000 Männer und Frauen (Alter ab 18 Jahre) telefonisch befragt. Verglichen werden hier die untere und die obere Bildungsgruppe, aber die Ergebnisse lassen sich bestimmt auch auf die untere und die obere Einkommensgruppe übertragen. Die Analysen zeigen: Die meisten gesundheitlichen Beschwerden treten in der unteren Bildungsgruppe besonders häufig auf. Auf die Frage, wie man den eigenen Gesundheitszustand einschätzt, wird in dieser Gruppe besonders oft mit 'schlecht' geantwortet. Das gleiche Bild zeigt sich bei chronischen Erkrankungen, also zum Beispiel bei Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes, Krebs oder chronischen Atemwegserkrankungen: die Prävalenz ist in der unteren Bildungsgruppe zumeist besonders hoch. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der psychischen Gesundheit. Die Frage, ob man sich in den letzten vier Wochen 14 Tage oder länger seelisch belastet gefühlt hat, wird von den Angehörigen der unteren Bildungsgruppe besonders häufig bejaht. Ein schlechter Gesundheitszustand ist auch und vor allem dann ein Problem, wenn er mit Einschränkungen bei den alltäglichen Aktivitäten verbunden ist. Die Frage, ob man in den letzten sechs Monaten in Folge einer Erkrankung in seinen alltäglichen Aktivitäten 'erheblich eingeschränkt' war, wird von den Erwachsenen mit niedriger Bildung wieder besonders häufig bejaht.

Die Ergebnisse aus der GEDA-Studie werden durch andere Studien vielfach bestätigt, auch bei Kindern. Umfangreiche Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen lassen sich vor allem den Analysen der KiGGS-Studie entnehmen. An dieser Studie haben bundesweit ca. 17.600 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 17 Jahren teilgenommen. Die im Bundesgesundheitsblatt publizierte 'Basispublikation' beinhaltet eine Vielzahl von Auswertungen (<http://www.kiggs.de>). Der soziale Status wurde dabei mit Hilfe von Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, zu ihrer beruflichen Stellung und zu ihrem Haushaltsnettoeinkommen bestimmt. Die Analysen zeigen zum Beispiel, dass psychische Auffälligkeiten und Verkehrsunfälle bei den Kindern aus status-niedrigen Familien besonders häufig auftreten.

Insgesamt gesehen ergeben die empirischen Studien ein sehr klares Bild: Die meisten gesundheitlichen Beschwerden und chronischen Krankheiten treten in der unteren Statusgruppe besonders häufig auf. Um einen groben Anhaltspunkt zum Ausmaß dieser gesundheitlichen Ungleichheit zu geben: Die Prävalenz (d.h. der Anteil von Personen mit einer gesundheitlichen Beschwerde bzw. einer chronischen Krankheit) ist in der unteren Statusgruppe oft ca. doppelt so hoch wie in der oberen.

5.2 Erklärungsansätze

Der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand ist nicht so einfach zu erklären, wie dies zunächst erscheinen mag. Die Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit (Bildung, berufliche Stellung, Einkommen) beeinflussen den Gesundheitszustand nicht direkt. Der Einfluss ist indirekt und wird über andere Faktoren vermittelt. Über die mit dem Sozialstatus verbundenen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen kann es so vielfältige Einflüsse auf den Gesundheitszustand geben, dass es kaum möglich sein wird, alle diese Einflüsse zu untersuchen. Die Liste der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Verhaltensweisen ist nahezu unendlich lang, zumal sie sich nicht nur auf die gegenwärtigen Lebensbedingungen beschränken sollte. Die meisten Krankheiten weisen eine lange Entstehungsgeschichte auf, und die Sozialisation übt einen prägenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus. Die früheren Lebensbedingungen können daher nicht außer Acht gelassen werden. Da sich die Lebensbedingungen und Verhaltensweisen zudem in vielfältiger Weise gegenseitig beeinflussen, wird das 'Knäuel' der möglichen Ursachen nahezu unentwirrbar. Eine vollständige Erklärung der status-spezifischen Unterschiede in Morbidität und Mortalität wird daher kaum möglich sein. Wichtig ist hier aber nicht die lückenlose wissenschaftliche Aufklärung komplexer Zusammenhänge, sondern die Beantwortung der eher pragmatischen Frage: Wie kann die gesundheitliche Ungleichheit verringert werden?

Die wissenschaftliche Diskussion dreht sich dabei um die beiden folgenden Hypothesen:

- Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (plakativ formuliert: 'Armut macht krank').
- Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozio-ökonomischen Status (plakativ formuliert: 'Krankheit macht arm').

Die Diskussion in Deutschland konzentriert sich zumeist auf die erste Hypothese. Selbstverständlich kann auch bei uns eine Erkrankung zu Einkommensverlusten, Arbeitslosigkeit und hohen Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung führen. Bisher werden diese Zusammenhänge jedoch kaum untersucht.

Entsprechend der ersten Hypothese wird versucht, mit einer Vielzahl von Variablen den Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu erklären. Dabei lassen sich die folgenden Ansätze unterscheiden:

- gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Rauchen, Mangel an sportlicher Betätigung, ungesunde Ernährung)
- durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbare Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Bluthochdruck)
- physische und psychische Arbeitsbelastungen (z.B. körperlich schwere Arbeit, Lärm, Eintönigkeit, geringe Möglichkeit des Mitentscheidens)
- belastende Wohnbedingungen (z.B. Größe und Ausstattung der Wohnung, Umweltbelastungen wie Lärm und Luftverschmutzung)

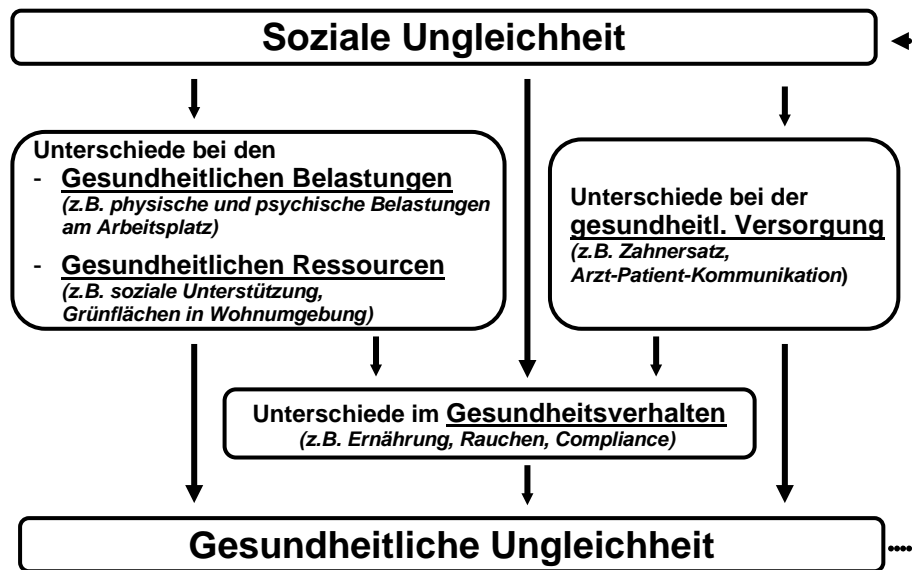
- soziale Unterstützung
- Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen
- gesundheitliche Versorgung (z.B. gesundheitliche Aufklärung, Facharzt-Besuche)

In der bisherigen Diskussion ist deutlich geworden, dass es nicht nur um die objektiven Belastungen eines Menschen geht, sondern auch um seine Möglichkeiten, mit diesen Belastungen umzugehen. Hervorzuheben ist auch, dass dem individuellen Gesundheitsverhalten eine zwar wichtige, aber keine dominierende Rolle zuerkannt wird, dass immer wieder die Abhängigkeit des Gesundheitsverhaltens von den Lebensbedingungen betont wird. Weitgehend Einigkeit besteht ebenfalls darin, dass soziale Unterschiede auch bei der gesundheitlichen Versorgung vorhanden sein können.

Es wurde schon oft versucht, die Ansätze zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit in einem grafischen Modell zu veranschaulichen. Alle versuchen, die Diskussion übersichtlicher zu gestalten, zu bündeln, und einige zentrale Aussagen zu betonen. In diesem Sinne ist vom Verfasser vor einigen Jahren ein einfaches Modell vorgestellt worden, welches seitdem in Deutschland häufig verwendet wird (Abbildung 2). Es soll vor allem die folgenden Aussagen hervorheben:

- Das Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen) wird maßgeblich geprägt durch die Lebensverhältnisse, durch das Zusammenwirken von Belastungen und Ressourcen.
- Die Lebensverhältnisse beeinflussen den Gesundheitszustand direkt und über das Gesundheitsverhalten auch indirekt. Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sind daher vor allem dann erfolgversprechend, wenn sie bei den Lebensverhältnissen ansetzen.
- Berücksichtigt werden müssen auch die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung. Sie können vorhanden sein beim Versorgungsangebot (z.B. durch Unterschiede zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung), bei der Inanspruchnahme (z.B. durch finanzielle Barrieren in Form von Zuzahlungen) und bei der Qualität (z.B. durch Art und Dauer des Arzt-Patienten-Gespräches).
- Die kausale Richtung 'Armut macht krank' (vgl. die nach unten gerichteten Pfeile) ist für die Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit wichtiger als die kausale Richtung 'Krankheit macht arm' (vgl. den nach oben gerichteten gepunkteten Pfeil).

Abbildung 2: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit



Quelle: Mielck 2005

Einige der in diesem Modell postulierten Zusammenhänge konnten empirisch schon gut belegt werden (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009). Die meisten Ergebnisse über soziale Unterschiede bei gesundheitlichen Risiken liegen zu den folgenden Themen vor: Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Mangel an sportlicher Betätigung. Die Betonung dieser fünf Themen basiert vor allem auf ihrer Bedeutung für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen. Gemeinsam ist ihnen auch die enge Verbindung zum individuellen Gesundheitsverhalten. Gesundheitliche Ressourcen wurden vergleichsweise selten untersucht, und die vorhandenen Arbeiten konzentrieren sich zumeist auf das Thema 'soziale Unterstützung'. Diese Unterstützung ist eine wichtige Ressource zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auch in Zeiten hoher Belastung. In der GEDA-Studie wurde zum Beispiel danach gefragt, ob man sich bei persönlichen Problemen auf die Hilfe anderer Menschen verlassen kann und ob sich andere Menschen dafür interessieren, wie es einem geht. Die Antworten zeigen wieder ein klares Bild: Von geringer Unterstützung berichten vor allem die Personen aus der unteren Bildungsgruppe, sowohl bei Frauen als auch bei Männern und in allen vier untersuchten Altersgruppen (RKI 2011, S. 116).

Die Lebensverhältnisse können den Gesundheitszustand direkt beeinflussen, zum Beispiel durch das Wohnen an einer lauten Straße. Über das Gesundheitsverhalten sind auch indirekte Einflüsse möglich; fehlende Grünflächen in der Wohnumgebung erschweren zum Beispiel die sportliche Aktivität. Empirisch belegt sind diese Zusammenhänge jedoch erst ansatzweise. Beim Thema 'gesundheitliche Ungleichheit' ist die einseitige Betonung des Gesundheitsverhaltens besonders brisant. Zum einen wird hier oft unterstellt, dass individuelles

Gesundheitsverhalten weitgehend frei gewählt werden kann. Es spricht jedoch vieles dafür, dass eine bessere Bildung, ein höherer beruflicher Status und ein höheres Einkommen objektiv und subjektiv mit größeren Handlungsspielräumen verbunden sind. Es wäre demnach 'unfair', bei den Personen aus der unteren Statusgruppe die gleiche Flexibilität im Verhalten vorauszusetzen wie bei den Personen aus höheren Statusgruppen. Zum anderen besteht die Gefahr, dass durch die Fokussierung auf das individuelle Verhalten 'das Opfer zum Schuldigen' gemacht wird ('blaming the victim'). Eine derartige Schuldzuweisung kann schnell zu einer zusätzlichen Diskriminierung und damit zu einer zusätzlichen gesundheitlichen Belastung führen.

Als empirisches Beispiel zum Themenbereich 'gesundheitliche Versorgung' soll hier eine Studie zur Zahngesundheit vorgestellt werden. Sie bezieht sich auf die präventive Versiegelung der Zähne bei 12jährigen Kindern in Heidelberg (Klemme et al. 2004). Die gute Botschaft ist, dass die Kinder mit versiegelten Zähnen ein gesünderes Gebiss aufweisen. Die schlechte Botschaft ist, dass die Versiegelung bei den Hauptschülern besonders selten ist, und dass die Zahngesundheit bei den Hauptschülern - unabhängig von der Versiegelung - schlechter ist als bei den Realschülern oder Gymnasiasten (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Versiegelung der Zähne und Zahngesundheit bei Schulkindern

	Haupt- schule	Real- schule	Gym- nasium	
Versiegelung: zumind. 1 Zahn (in %)	41,6	62,8	67,3	*
DMFT ^a : Kinder mit versiegelten Zähnen	2,14	1,57	0,87	**
DMFT ^a : Kinder mit nicht-vers. Zähnen	3,48	2,83	1,31	**

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,001$

a: 'Decayed, Missing or Filled Teeth' (kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne); Stichprobe: 721 Kinder im Alter von 12 Jahren in Heidelberg; Datenbasis: zahnärztliche Untersuchung 1998
Quelle: Klemme et al. 2004

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird allen Versicherten eine sehr gute gesundheitliche Versorgung angeboten, auch denen mit geringer Bildung und/oder niedrigem Einkommen. Wichtig ist hier aber die Frage, ob die jüngsten GKV-Reformen zu einer Vergrößerung dieser Unterschiede geführt haben. Das primäre Ziel der letzten GKV-Reformen ist die Reduzierung der Ausgaben, zum Beispiel durch Einschränkung des Leistungskatalogs und durch Erhöhung der Zuzahlungen. Als Begründung wird häufig das 'Moral Hazard' - Argument angeführt. Etwas vereinfacht formuliert lautet die Hypothese: Viele GKV-Versicherte nehmen mehr GKV-Leistungen in Anspruch als sie unbedingt benötigen, weil sie die Versorgung (nach dem Bezahlen der Krankenkassenbeiträge) nahezu kostenlos in Anspruch nehmen können. Aus dieser Vermutung wird dann gefolgert, dass finanzielle Hürden wie Zuzahlungen und andere Formen der Kostenbeteiligung unvermeidbar sind, um diesen 'Missbrauch' so weit wie möglich zu vermeiden. In der Außendarstellung ist

zumeist von positiv besetzten Begriffen wie 'Kostenbewusstsein' oder auch 'Eigenverantwortung' die Rede. Im Hintergrund steht jedoch das Ziel, die GKV-Ausgaben zu senken, und zwar durch eine verringerte Inanspruchnahme der GKV-Versorgungsangebote.

Aus wissenschaftlicher Sicht stellt sich die Frage, ob es empirische Belege für ein 'Moral Hazard' - Verhalten gibt, und ob mehr Eigenbeteiligung in der Tat zu niedrigeren GKV-Ausgaben führt. Eine von Holst (2008) vorgelegte Analyse zum internationalen Stand der Forschung kommt zu einem klaren Schluss: Es "stellt sich heraus, dass belastbare Belege für das Moral-Hazard-Verhalten von Versicherten bzw. Patienten bisher fehlen und die üblicherweise angeführte Empirie für den Nachweis ungeeignet ist. Gesundheitswissenschaftliche, versorgungsbezogene und klinische Studien legen vielmehr nahe, dass die Versicherten das System nicht ausnutzen wollen oder können. Die Einführung von Kostenbeteiligungen für Patienten scheint eher die bedarfsgerechte Versorgung zu gefährden, weil sie Kranke von der Inanspruchnahme abhalten" (ebenda. S. 3).

Eine neuere Studie aus Deutschland verdeutlicht, wie sich ein erschwerter Zugang zur gesundheitlichen Versorgung gerade bei den unteren Einkommensgruppen auswirken kann. Im Mittelpunkt steht die im Jahr 2004 eingeführte Praxisgebühr. Alle in der GKV versicherten Erwachsenen müssen seitdem 10,- Euro bei ihrem ersten Arztbesuch im Quartal entrichten (ausgenommen sind Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen). In die Analyse gingen Daten aus sechs Befragungen ein, die zwischen 2004 und 2006 im Rahmen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors durchgeführt wurden (Rückert u.a. 2008). Eingeschlossen wurden 7.769 Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 79 Jahren. Im Mittelpunkt der Auswertung steht die folgende Frage: "Haben Sie in den letzten 3 Monaten einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr aufgeschoben oder vermieden?" Wie erwartet sind vor allem diejenigen nicht zum Arzt gegangen, die der niedrigsten Einkommensgruppe angehören. In einem weiteren Schritt ist die Analyse auf die Gruppe der chronisch Kranken eingeschränkt worden. Hier zeigte sich, dass die Patienten aus der unteren Einkommensgruppe 2,5mal häufiger einen Arztbesuch aufgeschoben oder vermieden haben als die Patienten aus der oberen Einkommensgruppe. Die spannende Frage wäre jetzt, wie sich diese Zugangsbarrieren auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung auswirken, und welche Folgen sich daraus für den weiteren Krankheitsverlauf ergeben. Derartige Studien fehlen noch, aber schon die vorliegenden Ergebnisse weisen eindeutig darauf hin, dass der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung vor allem für die unteren Einkommensgruppen erschwert wird.

5.3 Ansatzpunkte zur Verringerung der sozialen Ungleichheit bei Gesundheit

Das Interesse am Thema 'soziale Ungleichheit und Gesundheit' ist auch bei uns in den letzten Jahren ständig gewachsen. Früher war es zum Beispiel kaum möglich, einen Überblick über die bereits vorhandenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten, die sich vor allem an die sozial Benachteiligten richten. In einem großen - von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geleiteten - Projekt wird jetzt seit einigen Jahren versucht, diese Informationslücke so weit wie möglich zu schließen³. Die hier aufgebaute Internet-Plattform 'Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' ist frei zugänglich und beinhaltet Informationen von ca. 2.000 Projekten in Deutschland. Zur besseren Vernetzung vor Ort sind in den 16 Bundesländern 'regionale Knoten' eingerichtet worden, auch in Bayern. Inzwischen gehören 53 Partner dem Kooperationsverbund an (verschiedene Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Landesvereinigungen/Landeszentralen für Gesundheit, Bundesärztekammer etc.). In der gemeinsamen Erklärung vom 10. November 2006 steht zum Beispiel: "Mit der vorliegenden Erklärung dokumentieren die Partner ihre Bereitschaft, gemeinsam an der Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Deutschland zu arbeiten und laden weitere Akteure dazu ein, sich aktiv in die Arbeit einzubringen."

Wichtig zu erwähnen ist hier vor allem, dass im Rahmen dieses Projektes 12 Kriterien zur Ermittlung von 'Models of Good Practice' entwickelt wurden, bezogen auf die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Mit diesen Kriterien wird eine zentrale (und inzwischen viel genutzte) Grundlage für die Entwicklung von 'Beispielen guter Praxis' bereitgestellt. Die Kriterien lassen sich wie folgt kurz zusammenfassen⁴:

- *Konzeption*: "Es liegt eine Konzeption vor, aus der ein klarer Zusammenhang zu Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht sowie eine hierauf basierende Zielformulierung. Diese Konzeption liegt schriftlich vor und ist allen Mitarbeiter/innen bekannt. Sie enthält einen klaren Bezug auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und ist Leitlinie und Referenz für die Gestaltung und Bewertung der täglichen Arbeit."
- *Zielgruppe*: "Die Zielgruppe (...) gehört zu einer oder mehreren sozial benachteiligten Gruppen (...). Das Angebot berücksichtigt die besonderen Bedarfslagen und Möglichkeiten dieser Gruppe(n) und ist in seiner Anlage darauf ausgerichtet, diese zielgenau zu erreichen."
- *Innovation und Nachhaltigkeit*: "Das Angebot hat innovativen Charakter bzw. innovative Aspekte und strebt die kontinuierliche, das heißt nachhaltige Fortführung erfolgreicher Angebotskomponenten an."

³ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

⁴ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/>

- *Multiplikatorenkonzept*: "Ein Multiplikatorenkonzept legt fest, auf welche Art ausgewählte Multiplikatoren/innen in die Umsetzung eines Angebots eingebunden und für diese Arbeit qualifiziert werden."
- *Niedrigschwelligkeit*: "Das Angebot ist aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend angelegt und orientiert sich an der Lebenswelt der Zielgruppe (Settingansatz). (...). Eine niedrigschwellige Arbeitsweise zeichnet sich dadurch aus, dass Hindernisse für den Zugang zum Angebot aus Zielgruppenperspektive reflektiert und vermieden werden."
- *Partizipation*: "Partizipation der Zielgruppe bedeutet nicht nur Teilnahme, sondern auch aktive Teilhabe (Entscheidungskompetenz) bei allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung. (...) Partizipation ist ein Entwicklungsprozess, bei dem die Zielgruppe zunehmend Kompetenzen gewinnt, um aktiv Einfluss auf Entscheidungen nehmen zu können."
- *Empowerment*: "Die Intervention zielt darauf ab, die Zielgruppe(n) durch den Aufbau und die Stärkung der eigenen Fähigkeiten sowie durch die Entwicklung von individuellen und gemeinsamen Handlungsstrategien zur Selbsttätigkeit und Selbstbestimmtheit zu befähigen. Dieser Prozess greift die Stärken und Ressourcen der Zielgruppe(n) auf und entwickelt diese weiter."
- *Setting-Ansatz*: "Die Bedingungen in den Settings/Lebenswelten - z.B. am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Wohnumfeld (Nachbarschaft) - haben einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeit, ein gesundes Leben zu führen. Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz (...) arbeitet an einer gesundheitsgerechten Gestaltung der Bedingungen, die durch individuelles Handeln nicht oder nur wenig verändert werden können (z.B. Arbeitsbedingungen, Umweltbelastungen oder Kommunikationsstrukturen)."
- *Integriertes Handlungskonzept*: "Die Vernetzung mit den anderen Akteurinnen und Akteuren im lokalen und fachlichen Umfeld trägt dazu bei, dass die gesundheitsförderlichen Aktivitäten (...) sich bedarfsgerecht in die bestehende Angebotslandschaft einfügen. (...) Die aktive Beteiligung in kontinuierlich arbeitenden Netzwerken (z.B. Quartiersforen oder thematische Arbeitskreise) trägt zur Nachhaltigkeit und Transparenz der Vernetzungsaktivitäten bei."
- *Qualitätsmanagement*: "Qualitätsentwicklung bzw. Qualitätsmanagement zielen darauf ab, Maßnahmen fachgerecht, am Bedarf auszurichten, sowie zielgruppenadäquat zu planen, umzusetzen und weiterzuentwickeln. Es handelt sich dabei um einen kontinuierlichen und systematischen Reflexions- und Lernprozess."
- *Evaluation*: "Evaluation und Dokumentation (...) dienen dazu, die Arbeitsabläufe zu strukturieren und zu unterstützen und die formulierten Ziele im Projektverlauf zu überprüfen."
- *Kosten und Nutzen*: "Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen."

Es gibt viele Ansatzpunkte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, angefangen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (z.B. Schaffung von mehr Angeboten für sportliche Betätigung) bis hin zu Maßnahmen der direkten gesundheitlichen Versorgung. Bei all diesen Maßnahmen sollte aber versucht werden, diese 12 grundlegenden Anforderungen so gut wie möglich zu erfüllen.

6 Zentrale Handlungsfelder

Was sind die zentralen Anforderungen an erfolgversprechende Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit? Entsprechend der oben vorgestellten Diskussion lassen sich hier die folgenden Punkte hervorheben:

- Zentrales Leitmotiv sollte die Chancen-Gleichheit sein. Auch und vor allem für die Personen mit niedrigem sozialen Status gilt: Das größte Potential zur Verbesserung des Gesundheitszustandes lässt sich mit 'Stärkung der Teilhabe- und Verwirklichungs-Chancen' umschreiben. Um dieses Potential ausschöpfen zu können, müssen alle Maßnahmen auf eine Stärkung von Partizipation und Empowerment ausgerichtet sein.
- Die Teilnahme an diesen Maßnahmen darf durch keine finanzielle, soziale, kulturelle oder regionale 'Barriere' verhindert werden (siehe Stichwort: Niedrigschwelligkeit).
- Die Maßnahmen müssen auch und vor allem bei den Lebensverhältnissen ansetzen. Eine einseitige Betonung des Gesundheitsverhaltens ist eher kontra-produktiv. Epidemiologische Studien verdeutlichen, wie stark Gesundheitsverhalten und -zustand durch die gegenwärtigen (und auch durch die früheren) Lebensverhältnisse geprägt werden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen zudem: Wenn sich Maßnahmen auf das Gesundheitsverhalten konzentrieren, führen sie eher zu einer Vergrößerung als zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit.
- Die Maßnahmen müssen längerfristig und breit vernetzt angelegt sein (siehe Stichworte: Multiplikatoren, integriertes Handlungskonzept, Qualitätsmanagement, Evaluation).

Diese zentralen Anforderungen müssen auf konkrete inhaltliche Handlungsfelder übertragen werden. Eine ausführliche Antwort auf die Frage, was die zentralen inhaltlichen Handlungsfelder sind, lässt sich nur nach intensiver Diskussion mit allen Akteuren 'vor Ort' geben. Hier lassen sich aber einige Handlungsfelder benennen, die in der bisherigen Diskussion im Vordergrund stehen. Auf der Internet-Plattform 'Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' werden z.B. die folgenden Handlungsfelder unterschieden:⁵

- *Lebens- und Arbeitsbedingungen*: Ausbildung/(Weiter-)Qualifizierung, Arbeitslosigkeit, Arbeitsbedingungen, Bedingungen für eine gesunde Ernährung (Angebote und Kosten), Freizeit und Sport (Angebote und Kosten), Gesundheitliche Versorgung, Qualität der Wohnung, Umweltbedingungen am Wohnort (z.B. Luftverschmutzung und Lärm, Infrastruktur), soziale Bedingungen im Wohnumfeld
- *Gemeindebezogene Netzwerke zur Stärkung der sozialen Integration*: Aktionsbündnisse, Gesundheitskonferenzen, Selbsthilfegruppen, Stadtteilarbeit
- *Individuelles Gesundheitshandeln*: Bewegung und Sport, Ernährung, Suchtprävention, Zahngesundheit, Prävention von Teenagerschwangerschaften, HIV/AIDS-Prävention, Stressbewältigung, Unfallprävention, Gewaltprävention, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

⁵ <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/haeufige-fragen/>

In all diesen Handlungsfeldern sollte versucht werden, die Bedingungen so zu verbessern, dass der Gesundheitszustand gefördert wird. Wenn sich diese Maßnahmen auch und vor allem auf die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten konzentrieren, können sie somit einen wichtigen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten.

Konkrete inhaltliche Handlungsfelder lassen sich auch über soziale Variablen wie Alter, Geschlecht und ethnische Herkunft bestimmen. In der aktuellen Publikation 'Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten' (BZgA 2011) sind insgesamt 98 'Good Practice' - Projekte aufgeführt. Inzwischen (Stand März 2012) sind noch weitere hinzugekommen. Bei den meisten dieser Projekte steht die *Gesundheitsförderung von Müttern und Kindern* im Mittelpunkt, d.h. sie beziehen sich auf Frühe Hilfen, Kitas, Schulen und auf Alleinerziehende. Ein weiterer Schwerpunkt ist bei Maßnahmen für *Personen mit Migrationshintergrund* zu erkennen.

Viele 'Good Practice' - Projekte beziehen sich auch auf *stadtteilbezogene, kommunale Maßnahmen*. Es ist offenkundig, dass kommunalpolitische Maßnahmen für benachteiligte Stadtgebiete eng mit Fragen der Gesundheitsförderung zusammenhängen. Trotz der starken inhaltlichen Überlappung wird diese Verbindung in der Praxis jedoch selten explizit hergestellt. Im Jahr 1999 wurde das bundesweite Förderprogramm '*Soziale Stadt*' gestartet, um "die 'Abwärtsspirale' in benachteiligten Stadtteilen aufzuhalten und die Lebensbedingungen vor Ort umfassend zu verbessern. Die Soziale Stadt startete im Jahr 1999 mit 161 Stadtteilen in 124 Gemeinden; heute sind es bereits 523 Gebiete in 326 Gemeinden (Stand 2008)"⁶. Auf der Homepage werden insgesamt 13 'inhaltliche Handlungsfelder' genannt, und eines davon lautet 'Gesundheitsförderung'. Der Newsletter 'Soziale Stadt info' vom April 2007 ist ganz dem Thema 'Gesundheitsförderung' gewidmet. Dort ist zum Beispiel zu lesen: In den letzten vier Jahren "haben Gesundheitsbelange in der Sozialen Stadt ohne Zweifel an Fahrt gewonnen" (S. 1). Einschränkend wird aber auch betont: "Trotzdem spielen Gesundheitsförderung und die Bewältigung armutsbedingter Gesundheitsprobleme in den Quartieren bei der Programmumsetzung immer noch eine untergeordnete Rolle. Nur in einem Viertel der Programmgebiete - so ein Ergebnis der Befragung in den Jahren 2005/2006 - werden Maßnahmen und Projekte durchgeführt, die explizit auf Gesundheit ausgerichtet sind." (ebenda). Berichte - zum Beispiel aus Berlin, Braunschweig, Jena und Mannheim - belegen, dass in einigen Programmgebieten schon viel getan wird (z.B. niedrigschwellige Angebote in Bereichen wie gesunde Ernährung, Bewegung, Sucht- und Gewaltprävention); aber diese Ausnahmen bestätigen eher die Regel.

⁶ <http://www.sozialestadt.de>

Konkrete inhaltliche Handlungsfelder lassen sich auch der *'Münchener Erklärung'* entnehmen (siehe Anhang). Um die Chancengleichheit von benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu verbessern, wird hier zum Beispiel gefordert:

- "Es ist notwendig, das Thema vor Ort mit Bürgerinnen und Bürgern, Initiativen, Diensten und Einrichtungen sowie dem Bezirksausschuss zu bearbeiten und in konkreten Maßnahmen umzusetzen."
- "Damit einhergehend sind verstärkte Anstrengungen zur besseren Kooperation und Vernetzung vor Ort zwischen Gesundheitsbereich, Schule, Jugendhilfe/Jugendarbeit und Sozialbereich notwendig."
- "Sozial- und Gesundheitsberichterstattung sind zu vernetzen und ggf. zu regionalisieren."
- "Eine Verbesserung der Datengrundlagen soll erfolgen, zusätzlich sollen Sozialmerkmale in die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen aufgenommen werden."
- "Öffentlich geförderte kinder- und jugendspezifische Freizeit- und Ferienangebote müssen ausgeweitet werden und für finanziell schwache Familien attraktiv bleiben."
- "Niederschwellige Angebote (wie z.B. Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg) müssen ausgeweitet werden und in allen Stadtteilen mit besonderem Bedarf angeboten werden."

Diese vielfältigen Anregungen und Vorschläge machen deutlich, wie komplex die Frage nach den zentralen Ansatzpunkten und Handlungsfeldern ist. Die Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sollte daher immer auf Basis einer intensiven Diskussion mit allen Akteuren 'vor Ort' erfolgen.

7 Fazit

Es ist schon häufig gezeigt worden, dass (finanzielle) Armut mit erhöhter Morbidität und Mortalität einhergeht. Etwas überspitzt formuliert lässt sich sagen, dass Armut erst durch diesen empirisch belegten Zusammenhang als großes gesellschaftliches Problem anerkannt worden ist. Hinzu kommt, dass die Schere zwischen Arm und Reich in Deutschland offenbar größer wird (Goebel et al. 2010). Vermutlich wird daher auch die gesundheitliche Ungleichheit zunehmen, belastbare Studien zur Überprüfung dieser Vermutung liegen jedoch noch nicht vor.

Die oben vorgestellten empirischen Analysen haben eindrucksvoll gezeigt, dass auch in einer vergleichsweise wohlhabenden Stadt wie München die Menschen mit niedrigem Einkommen besonders großen gesundheitliche Risiken ausgesetzt sind. Der Gesundheitsbericht zum Thema 'Gesundheitliche Ungleichheit in der APUG-Region' (Referat für Gesundheit und Umwelt 2007) hat zudem gezeigt: Diese gesundheitlichen Ungleichheiten sind auch *innerhalb* einer Stadtregion vorhanden, die als hoch belastet gilt. Um die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern, reicht es also nicht aus, die Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen auf die besonders belasteten Stadtgebiete zu konzentrieren. Auch innerhalb dieser Stadtgebiete müssen sie auf die Personen ausgerichtet sein, die einen besonders niedrigen sozialen Status aufweisen.

Dabei darf nicht vergessen werden, dass in München schon viele Angebote speziell für Personen in schwierigen Lebenslagen vorhanden sind. Als Beispiel lässt sich hier das 'Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen' anführen (siehe Kapitel 2.2). Es sind auch viele Stellungnahmen vorhanden, in denen die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit gefordert wird (siehe Kapitel 3). Vor ca. 12 Jahren fand in München die Gesundheitskonferenz zum Thema 'Armut und Gesundheit. Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche' statt (Gesundheitsbeirat 2001). Im Konferenzbericht ist auch die 'Münchner Erklärung' wiedergegeben, die ebenfalls klare Forderungen beinhaltet (siehe Anhang). Das Thema 'Armut und Gesundheit' ist in München also schon seit vielen Jahren 'in der Politik angekommen', daran kann kein Zweifel bestehen.

Im Zentrum der gegenwärtigen Diskussion steht somit die Frage, wie die gesundheitlichen Ungleichheiten erklärt und wie sie verringert werden können. Hierzu gibt es bereits eine intensive wissenschaftliche und öffentliche Diskussion (siehe Kapitel 5 und 6); die Ergebnisse lassen sich direkt auf München übertragen. Bezogen auf München kann zum Beispiel gefragt werden: Was wurde in den letzten 12 Jahren erreicht, d.h. was wurde von der 'Münchner Erklärung' umgesetzt? Etwas allgemeiner formuliert lassen sich vor allem die beiden folgenden Fragen unterscheiden:

- Welche zusätzlichen (!) Maßnahmen sollten durchgeführt werden zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, und welche Akteure sollten sich daran wie beteiligen?

- Welche Maßnahmen zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit sind besonders kosten-effektiv?

Die Forderung nach verstärkten Anstrengungen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit richtet sich an viele Akteure, zum Beispiel an die Kommunen, die Landes- und Bundesregierung, die Krankenkassen und die Ärzte. Allgemein lässt sich sagen: Jeder Akteur sollte sich die Frage stellen, was er (noch mehr als bisher!) zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Personen mit niedrigem Einkommen beitragen kann. Wir wissen sehr viel über Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation. Jetzt geht es darum, dieses Wissen auf die Personengruppen zu konzentrieren, bei denen der Bedarf besonders groß ist, also zum Beispiel auf die Personen mit geringem Einkommen und auf die Personen, die in den sozial benachteiligten Stadtgebieten wohnen.

Viele mögliche Maßnahmen fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Stadt München. Zu nennen ist hier zum Beispiel die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die Reformen der letzten Jahren sind geprägt durch das Ziel, die Ausgaben zu reduzieren. Die zentralen Ansatzpunkte hierfür sind (a) Erhöhung der direkten Zahlungen durch die Versicherten (z.B. durch Praxisgebühr, Zuzahlungen) und (b) Reduzierung des GKV-Leistungskatalogs. Alle diese Maßnahmen führen zu einer erhöhten finanziellen Belastung der Versicherten; sie belasten somit vor allem die Versicherten mit niedrigem Einkommen. Besonders brisant an dieser Diskussion ist die Tatsache, dass es in der GKV offenbar gar keine 'Kosten-Explosion' gibt (Reiners 2011). Das Hauptproblem ist die Verringerung der Einnahmen, d.h. die Finanzierungsprobleme der GKV sollten vor allem durch Erhöhung der Einnahmen bekämpft werden und nicht durch Verringerung der Ausgaben. Eine GKV-Reform könnte ja auch die Zielsetzung 'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit' in den Mittelpunkt stellen, aber dafür ist die Zeit offenbar noch nicht reif.

Dies ist nur ein Beispiel für die gegenwärtige Dominanz der ökonomischen Sichtweise auf die gesundheitliche Versorgung. Die Forderung nach einer möglichst großen Kosten-Effektivität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration ist zweifellos berechtigt. Eine Zielsetzung wie 'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit' ist es jedoch auch. Im Mittelpunkt der Diskussion sollten daher die folgenden Fragen stehen:

- Welchen Effekt haben Maßnahmen zur Förderung der Kosten-Effektivität auf die gesundheitliche Chancengleichheit?
- Wie können die beiden Ziele 'Kosten-Effektivität' einerseits und 'gesundheitliche Chancengleichheit' andererseits in Einklang gebracht werden?
- Wenn eine Erhöhung der Kosten-Effektivität zu einer Verringerung der Chancengleichheit führen würden: Mit Hilfe welcher wissenschaftlicher und politischer Mechanismen kann bei einem derartigen Zielkonflikt entschieden werden?

Öffentlich diskutiert werden diese Fragen bisher kaum. Es bedarf daher größerer politischer Anstrengungen, um bei der gegenwärtigen Dominanz der Zielsetzung 'Förderung der Kosten-Effektivität' die Zielsetzung 'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit' nicht aus dem Auge zu verlieren.

Der Zuständigkeitsbereich einer Kommune wie München bezieht sich auch und vor allem auf Gesundheitsförderung und Prävention. Es ist unbestritten, dass Gesundheitsförderung und Prävention *Querschnitts*-Themen sind, dass also *alle* politischen Entscheidungen einen Einfluss auf die Förderung von Gesundheit und die Vermeidung von Krankheit haben können. In diesem Sinne sollte auch in München bei allen wichtigen politischen Entscheidungen geprüft werden, wie ein möglichst großer Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geleistet werden kann. Wichtig wäre auch ein Ausbau der Datengrundlage zur Unterstützung dieser politischen Entscheidungen. In der 'Münchner Erklärung' wurde zum Beispiel gefordert (siehe Anhang): "Sozial- und Gesundheitsberichterstattung sind zu vernetzen und ggf. zu regionalisieren. (...) Zusätzlich sollen Sozialmerkmale in die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen aufgenommen werden." Diese Forderungen sind nach wie vor aktuell. Hinzu kommt, dass für einige Bevölkerungsgruppen (zum Beispiel für alte Menschen) bisher nur sehr wenige Angaben über soziale und gesundheitliche Ungleichheit in München vorhanden sind. Wenn die Zielsetzung 'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit' bei allen wichtigen politischen Entscheidungen beachtet und wenn die Datenbasis weiter verbessert wird, dann kann München zum Vorreiter dieser Diskussion in Deutschland werden.

8 Literaturliste

- Bolte G, Heißenhuber A, von Kries R et al. (für die GME-Studiengruppe) [2007]: Gesundheits-Monitoring-Einheiten (GME) in Bayern: Konzept, Ziele und thematische Schwerpunkte des 1. Survey zu Umwelt und Gesundheit von Kindern. Bundesgesundheitsblatt 50: 476-483.
- Bolte G, Fromme H, für die GME-Studiengruppe [2008]: Umweltgerechtigkeit als Themenschwerpunkt der Gesundheits-Monitoring-Einheiten (GME) in Bayern. UMID (Umweltmedizinischer Informationsdienst) 2; 39-42.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) [2011]: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 5. erweiterte und überarbeitete Auflage, Köln 2011.
- Fichter M, Quadflieg N, Cuntz U [2000]: Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. Deutsches Ärzteblatt 97 (Heft 17): 1148-1154.
- Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München (Hrsg.) [2001]: Armut und Gesundheit. Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 7. Februar 2001. München.
- Goebel J, Gornig M, Häußermann H [2011]: Polarisierung der Einkommen: die Mittelschicht verliert. Wochenbericht des DIW Berlin 24/2010, 2-8.
- Holst J (2008): Kostenbeteiligungen für Patienten - Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern. WZB Discussion Paper; Berlin.
- Hurrelmann K, Razum O (Hrsg.) [2012]: Handbuch Gesundheitswissenschaften (5., vollständig überarbeitete Auflage). Juventa Verlag, Weinheim/München.
- Jungbauer-Gans M, Kriwy P [2008]: Vorsorge und soziale Ungleichheit in der Kindheit. Sozialökologische Analyse der Schuleingangsuntersuchung in München 2001. In: Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M, Lukas-Nülle M, Hehlmann T. (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Verlag Hans Huber; 143-162.
- Klemme B, Tramini P, Niekusch U, Rossbach R, Schulte A [2004]: Relationship between caries prevalence and fissure sealants among 12-year-old German children at three educational strata. Sozial- und Präventivmedizin. 49, 344-351.
- Koller D, Mielck A [2009]: Regional and social differences concerning overweight, participation in health check-ups and vaccination. Analysis of data from a whole birth cohort of 6-year old children in a prosperous German city. BMC Public Health 9: 43.
- Koller D, Spies G, Bayerl B, Mielck A [2010]: Soziale Unterschiede bei Wohnzufriedenheit und gesundheitlichen Risiken. Ergebnisse aus einer APUG-Region in München. Präventiv Gesundheitsf.; 5: 129-135.
- Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A [2007]: Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ); 42: 11-18.

- Landeshauptstadt München (Hrsg.) [2010]: Rundum gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern. München.
- Landeshauptstadt München (Hrsg.) [2011]: München gegen Armut. Dokumentationsbroschüre zum Europäischen Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2010. München.
- Mielck A [2005]: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern.
- Mielck A, Koller D, Bayerl B, Spies G [2009]: Luftverschmutzung und Lärmbelastung - Soziale Ungleichheiten in einer wohlhabenden Stadt wie München. Sozialer Fortschritt; 58 (2/3): 43-48.
- Mielck A, Helmert U [2012]: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (5., vollständig überarbeitete Auflage). Juventa Verlag, Weinheim/München 2012; 493-515.
- Perna L, Bolte G, Mayrhofer H, Spies G, Mielck A [2010]: The impact of the social environment on children's mental health in a prosperous city: an analysis with data from the city of Munich. BMC Public Health; 10:199.
- Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg) [2005]: Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in München. (Bearbeitung: G. Wiedenmayer). Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt München. München.
- Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg) [2006]: Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit in München (Bearbeitung: A. Mielck et al.). Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt München. München.
- Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg) [2007]: Soziale Ungleichheit, Umweltbedingungen und Gesundheit anhand eines regionalen Beispiels (Bearbeitung: A. Mielck et al.). Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt München. München.
- Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg) [2010]: Gesundheitszustand von Kindern in München: Soziale und Räumliche Unterschiede (Bearbeitung: A. Mielck et al.). Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt München. München.
- Referat für Stadtplanung und Bauordnung & Sozialreferat der Landeshauptstadt München (Hrsg.) [2011]: Münchner Bürgerinnen- und Bürgerbefragung 2010 (Langfassung). München.
- Reiners H [2011]: Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Verlag Hans Huber.
- Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.) [2009]: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) [2011]: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie 'Gesundheit in Deutschland aktuell 2009' Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Rückert IM, Böcken J, Mielck A: Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. BMC Health Services Research 2008, 8:232.

- Schunk M, Fehrmann-Brunskill R, Schurig B, Kopecky-Wenzel M, Mielck A [2010]: Das Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren: Evaluation des Gesundheitsbereichs. Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München. (http://www.muenchen.de/Rathaus/soz/aktuell/familie/fruehe_hilfen.html)
- Sozialreferat der Landeshauptstadt München (Hrsg.) [2002a]: Münchner Armutsbericht 2000 (Verfasser: R. Romaus). München.
- Sozialreferat der Landeshauptstadt München (Hrsg.) [2002b]: Münchner Armutsbericht – Fortschreibung 2002 (Verfasser: GFS - Gruppe für sozialwissenschaftliche Forschung). München.
- Sozialreferat der Landeshauptstadt München (Hrsg.) [2006]: Münchner Armutsbericht - Fortschreibung 2004 (Verfasser: GFS - Gruppe für sozialwissenschaftliche Forschung). München.
- Sozialreferat der Landeshauptstadt München (Hrsg.) [2008]: Münchner Armutsbericht 2007 (Bearbeitung: R. Romaus et al.). München.
- Weißbacher S [2002]: Dezentraler Arbeitsansatz in einem sozialen Brennpunkt Münchens - Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg-Nord. In: Mielck A, Abel M, Heinemann H, Stender KP (Hrsg.): Städte und Gesundheit - Projekte zur Chancengleichheit. Verlag Hans Jacobs, Lage 2002, 149-168.

(letzter Zugriff auf die angegebenen Internet-Seiten: Mittwoch, 28. März 2012)

9 Anhang

'Münchener Erklärung' von 2001

Armut gibt es auch in München. Die Gesundheitschancen und damit die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen sind davon besonders betroffen. Zum Thema 'Armut und Gesundheit - Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche' fand am 07.02.2001 eine Gesundheitskonferenz in München statt. Die 'Münchener Erklärung' basiert auf der Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz 2000, der Kölner Entschließung der 'Gesunden Städte' 1999 und der Münchener Gesundheitskonferenz.

Alle müssen etwas tun: Armut ist ein gravierendes Gesundheitsrisiko.

Die Verbesserung der Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen bedarf einer ressortübergreifenden gesundheitsförderlichen Stadtentwicklungspolitik. Die Gesundheitskonferenz stimmt mit der Kölner Entschließung darin überein: "Alle müssen etwas tun. Gesamtgesellschaftliche Strategien auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zur Bewältigung dieser Problematik sind notwendig." Die Ursachen der Armut müssen bekämpft werden. Kinder dürfen kein Armutsrisiko sein, Erziehungsleistung muss neu bewertet und bezahlt werden.

1. Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zum Thema machen!

Der Gesundheitsbeirat hat das Thema 'Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen' zum Jahresthema 2001 gemacht. Der Gesundheitsbeirat bietet an, die vorgeschlagenen Maßnahmen in seinen Arbeitskreisen fachlich zu beraten und eine Empfehlung zu verabschieden.

Es ist notwendig, das Thema vor Ort mit Bürgerinnen und Bürgern, Initiativen, Diensten und Einrichtungen sowie dem Bezirksausschuss zu bearbeiten und in konkreten Maßnahmen umzusetzen. Damit einhergehend sind verstärkte Anstrengungen zur besseren Kooperation und Vernetzung vor Ort zwischen Gesundheitsbereich, Schule, Jugendhilfe/Jugendarbeit und Sozialbereich notwendig. Dazu bietet sich z.B. das Netzwerk REGSAM (Regionalisierung der sozialen Arbeit in München) an. Ziel ist es unter anderem, ein wirksames Frühwarnsystem zu entwickeln.

Sozial- und Gesundheitsberichterstattung sind zu vernetzen und ggf. zu regionalisieren. Eine Verbesserung der Datengrundlagen soll erfolgen, zusätzlich sollen Sozialmerkmale in die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen aufgenommen werden.

2. Verbesserung der Arbeit durch Fortbildungen und strukturelle Maßnahmen

Zur Verbesserung der Chancengleichheit von benachteiligten Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, dass diese mehr als bisher von den vorhandenen gesundheitlichen und sozialen Diensten und Angeboten profitieren.

Spezielle Fortbildungen sollen dazu beitragen:

- dass alle Akteure die Zusammenhänge und Symptome von Armut und Krankheit - auch geschlechts- und kulturspezifisch - frühzeitig erkennen und darin geschult sind, die Kompetenzen der benachteiligten Mädchen und Jungen sowie ihrer Eltern zu entdecken, zu respektieren und zu stärken (Salutogenese bzw. Primärprävention);
- dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin und andere Fachgruppen das regionale Hilfesystem der Sozial-, Kinder- und Jugendhilfe kennen, es zum Wohle der benachteiligten Kinder besser nutzen können und sich im Bedarfsfall mit MitarbeiterInnen dieser Institutionen besser rückkoppeln;
- dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinder-, Jugend- und der Sozialarbeit sowie der Schulen über medizinische Vorsorgemöglichkeiten und gesundheitsförderliche Angebote und Hilfen informiert sind, um entsprechende Wegweisung geben zu können;
- dass Erzieherinnen/Erzieher und Lehrerinnen/Lehrersowie die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der offenen Kinder- und Jugendarbeit die Ansätze und Themen der Gesundheitsförderung speziell im Hinblick auf Benachteiligte verstärkt berücksichtigen und altersgemäß, geschlechts- und kulturspezifisch aufgreifen können.

In diesem Sinne fordert die Gesundheitskonferenz:

- Das Personal- und Organisationsreferat soll in Absprache mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt, dem Sozialreferat und dem Schulreferat adäquate Fortbildungen konzipieren und diese in das städtische Fortbildungsangebot aufnehmen. Referatsinterne Fortbildungen sollten - je nach Eignung - für die jeweils anderen Referate und die Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege geöffnet werden.
- Die Wohlfahrtsverbände und freien Träger sollen analog im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich Fortbildungen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anbieten.
- Die Ärztekammer bzw. der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband sollen ihre Mitglieder über die vorhandenen Hilfsmöglichkeiten verstärkt informieren.
- Die gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen sollen auf ihre Erreichbarkeit und Nutzbarkeit durch Benachteiligte überprüft werden. Nötige inhaltliche, methodische und organisatorische Veränderungen (z.B. Hausbesuche/Gehstruktur) sollen vorgenommen werden, um diese Zielgruppe besser zu erreichen.

3. Gesundheitsförderung muss zielgenau und konkret sein

Viele Münchner Projekte und Einrichtungen leisten bereits einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen. Einige Projekte wurden als gute Beispiele auf der Gesundheitskonferenz vorgestellt (wie z.B. die Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg).

Die Gesundheitskonferenz fordert:

- Sozial- und Gesundheitswegweiser müssen stadtteilbezogen erstellt werden. Die Auflistung der gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen und Dienste, Initiativen und Selbsthilfegruppen müssen Fachleuten und Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung stehen.
- Öffentlich geförderte kinder- und jugendspezifische Freizeit- und Ferienangebote müssen ausgeweitet werden und für finanziell schwache Familien attraktiv bleiben.
- 'Öffentliche Räume' für Kinder und Jugendliche, die diese sich aneignen können, müssen weiter ausgebaut werden. Fehlende Freizeiteinrichtungen sind zu ergänzen.
- An allen Schultypen muss Halbtagsbetreuung und Mittagstisch garantiert sein. Die Ganztageschule muss sukzessive als Standard flächendeckend eingeführt werden.
- Gesundheitsförderung an den Schulen muss ausgebaut werden, Gesundheitsbildung zum Pflichtfach werden; Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen sind dabei einzubeziehen und zu fördern.
- Zugang zum Schul- und Bildungssystem und zur medizinischen Versorgung für alle Flüchtlinge und deren Kinder, unabhängig vom Aufenthaltsstatus, ist zu garantieren.
- Die Lebensbedingungen in den Sammelunterkünften müssen verbessert werden, z.B. durch aufsuchende Gesundheitshilfen, Abschaffung der Essenspakete. Begleitende Dolmetscherdienste müssen selbstverständlich sein.
- Aufsuchende Gesundheitsvorsorge vom Säuglings- bis zum Jugendalter muss eingerichtet werden. Hausbesuche der Kinderkrankenschwestern müssen ausgebaut werden.
- Die medizinische Betreuung muss multidisziplinär und vor allem präventiv ausgerichtet sein.
- Niederschwellige Angebote (wie z.B. Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg) müssen ausgeweitet werden und in allen Stadtteilen mit besonderem Bedarf angeboten werden.

Die Münchner Erklärung wurde erarbeitet von:

Martin Eichner (Sozialamt), Rita Fehrmann-Brunskill (Referat für Gesundheit und Umwelt), Elly Geiger (Kreisjugendring München-Stadt), Dr. Hermann Gloning (Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband), Christian Groffik (Referat für Gesundheit und Umwelt), Klaus Hehl (Referat für Gesundheit und Umwelt), Natascha Hermann (Public Health-Studiengang), Paul A. Hirschauer (Stadtjugendamt), Dr. Erwin Hirschmann (Vorstand Gesundheitsbeirat), Dr. Waltraud Knipping (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte), Ute Kratzer (Allgemeiner Sozialdienst), Ursula Latka-Kiel (Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit), Dr. Andreas Mielck (GSF-medis), Rolf Romaus (Gruppe für Sozialforschung), Gabriele Spies (Referat für Gesundheit und Umwelt), Karin Spörl (Schulreferat), Willibald Strobel-Wintergerst (Arbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege), Prof. Dr. Dr.h.c. Hubertus von Voss (Kinderzentrum München).

(Quelle: Gesundheitsbeirat 2001, S. 87ff.)