

APuZ

Aus Politik und Zeitgeschichte

42/2007 · 15. Oktober 2007



Gesundheit und soziale Ungleichheit

Matthias Richter · Klaus Hurrelmann

Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen

Thomas Lampert · Lars Eric Kroll · Annalena Dunkelberg
Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland

Nico Dragano

Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf

Christine Hagen · Bärbel-Maria Kurth
Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter

Ines Heindl

Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit

Editorial

Arme Menschen leben ungesünder, sind häufiger krank, erhalten eine schlechtere ärztliche Versorgung und sterben früher. Die Lebenserwartung von Angehörigen unterschiedlicher sozialer Schichten differiert erheblich. Die Wahrscheinlichkeit, lange und gesund leben zu können, nimmt mit der Höhe des Einkommens zu. Wissenschaftler haben für Europa eine Spanne von bis zu sieben Jahren ausgemacht.

Nach Erkenntnissen der neueren medizinischen Forschung wird die Basis für eine gute Gesundheit bereits mit Beginn der Schwangerschaft gelegt. Kinder aus sozialökonomisch benachteiligten Schichten tragen daher ein höheres Risiko, schon in jungen Jahren zu erkranken; zugleich sind sie mit einer Hypothek auf ihre Gesundheit im Erwachsenenalter belastet. Ärmere Kinder leiden zudem zwei- bis dreimal so häufig unter Fettleibigkeit wie ihre wohlhabenderen Altersgenossen. Meist ist Fehlernährung die Ursache dafür. So sind etwa Hartz-IV-Empfänger finanziell kaum in der Lage, ihre Kinder ausgewogen zu ernähren. Der dafür vorgesehene Tagessatz reicht knapp für das Schulsessen, das etwa 2,50 Euro pro Tag kostet.

Eine präventive Gesundheitspolitik sollte folglich in starkem Maße auch darin bestehen, die sozialökonomische Lage von Angehörigen benachteiligter Schichten und deren Bildungschancen konsequent zu verbessern. Ganz gleich, um welchen Lebensbereich es sich handelt, das „Rezept“ für eine Verringerung sozialer Ungleichheit ist Bildung: Besser Gebildete haben bessere Chancen, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, laufen weniger Gefahr, in extreme Milieus abzurutschen und verfügen über günstigere Voraussetzungen, bewusster zu leben sowie sich und ihre Kinder gesünder zu ernähren.

Katharina Belwe

Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen

Die aktuelle Diskussion über die Hartzgesetzte, die Verwendung des Begriffes der sozialen Schicht im politischen Kontext

Matthias Richter

Dr. rer. soc., Dipl.-Soz., geb. 1971; wissenschaftlicher Assistent an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld. matthias.richter@uni-bielefeld.de
www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/mitarbeiter/richter.html

Klaus Hurrelmann

Dr. rer. soc., geb. 1944; Professor für Sozial- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (Anschrift wie M. Richter). klaus.hurrelmann@uni-bielefeld.de
www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/mitarbeiter/hurrelmann.html

oder die Chancenungleichheit in der Bildung – das eigentlich brisante Ergebnis der PISA-Studie – sind nur einige Beispiele, die die öffentliche Aufmerksamkeit nach langer Zeit wieder auf eine der zentralen gesellschaftlichen Herausforderungen gerichtet haben: Ungerechtet erheblicher Investitionen in Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsleistungen ist soziale Ungleichheit immer noch ein bedeutendes gesellschaftliches Problem. Es sind vor allem die vertikalen Dimensionen sozialer Ungleichheit wie Bildung, berufliche Stellung und Einkommen, die aufgrund ihrer zentralen Stellung im gesellschaftlichen Leben wesentlich die Chancen und Risiken der Lebensgestaltung jedes Einzelnen beeinflussen.¹ Wenngleich das Gefüge sozialer Ungleichheit in Deutschland in den letzten 40 Jahren erhebliche Veränderungen erfahren hat, so haben diese sozioökonomischen Merkmale doch wenig von

ihrer Aktualität und Bedeutung für die Realisierung von Lebenschancen verloren; sie haben vielmehr eher noch zugenommen.

Das Einkommen ebenso wie der Beruf und die Bildung stellen gesellschaftlich bedingte Vor- und Nachteile dar, die – weitgehend unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung und der Interpretation dieser Bedingungen – nahezu jeden Lebensbereich beeinflussen. In der öffentlichen und politischen Diskussion wird oftmals verdrängt, dass auch die Gesundheit einer dieser Lebensbereiche ist, der durch eben diese sozioökonomischen Merkmale maßgeblich beeinflusst wird. Dies überrascht nicht, da zahlreiche individuelle Aspekte des Lebens durch die Stellung einer Person innerhalb der sozialen Hierarchie bedingt werden. Von dieser hängt beispielsweise ab, welche beruflichen Möglichkeiten die einzelnen Personen haben, in welchen Wohnverhältnissen sie leben, welchen beruflichen Belastungen sie ausgesetzt sind, wofür sie ihr Geld ausgeben (können), wie sie Probleme bewältigen und was sie in ihrer Freizeit tun. Viele dieser Faktoren haben einen direkten Einfluss auf die Gesundheit und deuten auf die Verbindung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hin.

Gesundheitliche Ungleichheit

Im Laufe der vergangenen 25 Jahre hat die internationale Forschung unzählige Studien zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit und damit eindeutige und überzeugende Belege dafür vorgelegt, dass die Sozialstruktur entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit ausübt.² Gesundheitliche Ungleichheiten finden sich in den unterschiedlichsten Ausprägungen von Gesundheit und Krankheit. Personen mit einer

¹ Vgl. Stefan Hradil, Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil?, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden 2006; Nicole Burzan, *Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien*, Wiesbaden 2005.

² Vgl. Matthias Richter/Klaus Hurrelmann, *Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen*, in: M. Richter/K. Hurrelmann (Anm. 1); Andreas Mielck, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*, Bern 2005; Johan P. Mackenbach, *Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU*, London 2006.

niedrigen Bildung, einer dementsprechenden beruflichen Stellung oder einem niedrigen Einkommen sterben in der Regel früher und leiden in ihrem ohnehin schon kürzeren Leben auch häufiger an gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Diese Ergebnisse haben das Interesse der Wissenschaft nicht nur auf einen der mächtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit gelenkt, sie repräsentieren zudem bedeutende gesellschaftliche Ungerechtigkeiten, da ein breites Spektrum gesundheitlicher Ungleichheit nach den Konventionen des Sozialstaats nicht legitimiert sein dürfte.¹³

Die sozial ungleiche Verteilung von Krankheit und Tod ist dabei schon länger Gegenstand der Forschung, als vielleicht auf den ersten Blick erkennbar ist. Seitdem empirische Dokumente vorliegen, lässt sich der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit belegen. Gemeint ist die inverse Beziehung zwischen Schichtzugehörigkeit und Mortalität bzw. Morbidität: Je höher die soziale Schicht, desto geringer ist die Erkrankungs- bzw. Sterbewahrscheinlichkeit. Alfred Grotjahn, einer der Mitbegründer und wichtigster deutscher Vertreter der Sozialhygiene, fasste etwa bereits 1923 folgende Punkte zu einer sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit zusammen:¹⁴

Die sozialen Verhältnisse

- schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage;
- sind die Träger der Krankheitsbedingungen;
- vermitteln die Krankheitsursachen;
- beeinflussen den Krankheitsverlauf.

Nachdem diese Forschungstradition mit dem Ende des Ersten Weltkriegs abrupt abbrach, wurde das Thema erst ab Mitte der 1990er Jahre wieder stärker aufgegriffen, wobei der Impuls nicht aus der Medizin, son-

dern aus der Soziologie kam. Inzwischen liegen auch in Deutschland unzählige Arbeiten über die Art und das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten vor. Nach wie vor nimmt die politische und mediale Öffentlichkeit jedoch nur wenig Notiz davon. Bemerkenswert ist aber, dass die Thematik in den letzten beiden Jahren Eingang in das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ebenso wie in den Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung fand, womit eine neue (politische) Dimension erreicht wurde.¹⁵

In den folgenden Kapiteln soll anhand einer exemplarischen Auswahl von Ergebnissen zunächst ein kurzer Überblick über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit gegeben werden. Anschließend wird auf die bislang vorliegenden Kenntnisse über die Ursachen der beobachteten Ungleichheiten in der Sterblichkeit und Krankheitshäufigkeit eingegangen, um so einen Einstieg zum besseren Verständnis gesundheitlicher Ungleichheiten geben zu können. Der Beitrag schließt mit einem Fazit zur gesellschaftlichen Bedeutung gesundheitlicher Ungleichheiten und Möglichkeiten diesem gesamtgesellschaftlichen Problem zu begegnen.

Das Statussyndrom

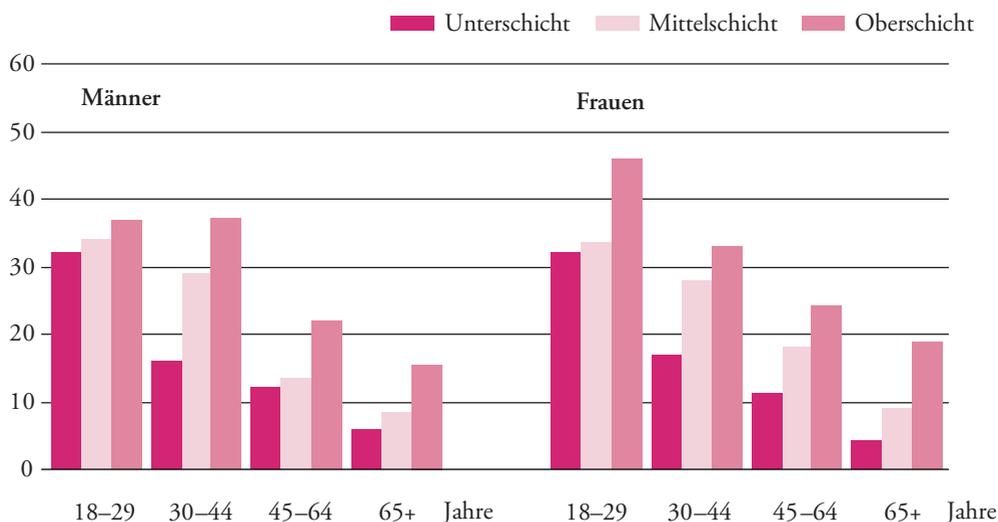
„Weil du arm bist, musst du früher sterben.“ Wie oben bereits angerissen wurde, hat diese volkstümliche Redewendung bis heute ihren tieferen Sinn nicht verloren. Jedoch verschleiert sie eine wichtige Information: Die gesundheitliche Ungleichheit betrifft nicht nur eine benachteiligte soziale Unterschicht, die sich durch ihr besonders sichtbares „Maß der Verelendung“ von der übrigen Bevölkerung unterscheidet. Die soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit durchzieht vielmehr die gesamte Sozialstruktur einer Gesellschaft. Der Zusammenhang ist in der Regel linear, weshalb man auch von einem sozialen Gradienten spricht: Mit jeder Stufe, die

¹³ Vgl. Richard G. Wilkinson/Michael G. Marmot, Social determinants of health: the solid facts, Copenhagen 2003.

¹⁴ Vgl. Dieter Borgers/Günter Steinkamp, Sozial-epidemiologie – Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit, in: Peter Schwenkmezger/Lothar R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, Stuttgart 1994.

¹⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention, Band I, Stuttgart 2005; Thomas Lampert u. a., Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Berlin 2005.

Abbildung 1: Anteil der Männer und Frauen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ einschätzen, nach sozialer Schichtzugehörigkeit



Quelle: Thomas Lampert u. a., *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*, Berlin 2005; Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003.

in der sozialen Hierarchie hinabgegangen wird, steigt das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit und der Häufigkeit von Krankheit und Behinderung stufenweise an. Der renommierte britische Wissenschaftler Michael Marmot hat dies treffenderweise als „Statussyndrom“ bezeichnet. Dieses Phänomen verweist auf Prozesse *relativer* sozialer Benachteiligung zwischen den einzelnen sozialen Statusgruppen, auf Faktoren also, die den gesellschaftlichen Differenzierungsprozess insgesamt – und nicht lediglich eine Teilgruppe – betreffen.¹⁶ An einem Beispiel soll dies kurz verdeutlicht werden.

In *Abbildung 1* ist die Selbsteinschätzung der Gesundheit in Abhängigkeit von der sozialen Schichtzugehörigkeit bei Männern und Frauen dargestellt. Derartige subjektive Informationen sind wertvoll, da sie den tatsächlichen objektiven Gesundheitszustand gut vorhersagen und in einem engen Zusammenhang zur Sterblichkeit stehen. Unabhängig von Geschlecht und Alter berichten Personen aus der unteren sozialen Schicht wesentlich seltener über einen sehr guten Gesundheitszustand als Personen aus der mittleren und

insbesondere aus der höheren sozialen Schicht. Dies ist nur ein Beispiel unter vielen. Vergleichbare gesundheitliche Ungleichheiten finden sich für nahezu alle spezifischen Erkrankungen und Behinderungen.

Gesundheitliche Ungleichheiten sind aber alles andere als ein ausschließlich deutsches Phänomen. Bisher konnte für jedes Land, aus dem Daten vorliegen, nachgewiesen werden, dass die frühzeitige Sterblichkeit und gesundheitliche Beeinträchtigungen in Gruppen mit niedrigem beruflichen Status, Ausbildungsstand und Einkommen häufiger auftreten. Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis ist, dass gesundheitliche Ungleichheiten in der Sterblichkeit in den letzten 15 Jahren in Europa angestiegen sind.¹⁷ Die Schere in der Gesundheit zwischen Arm und Reich geht also zunehmend auseinander. Besonders erschreckend erscheint, dass die gesundheitliche Lage der Ärmsten und Reichsten auch in den skandinavischen Ländern immer weiter auseinander klafft, galten diese Länder doch lange Zeit als vorbildliche sozialstaatliche Modelle, die in der Lage sind, den Einfluss sozialer Ungleichheiten abzufedern. Als Konsequenz sehen sich mit dem Beginn des

¹⁶ Vgl. Johannes Siegrist, *Soziale Krisen und Gesundheit*, Göttingen 1996.

¹⁷ Vgl. J. P. Mackenbach (Anm. 2).

21. Jahrhunderts alle hoch entwickelten Länder mit substanziellen gesundheitlichen Ungleichheiten konfrontiert, die einen deutlichen politischen Handlungsbedarf offenbaren, auch und gerade da es bislang keine Anzeichen einer Trendwende gibt.

Was ist für gesundheitliche Ungleichheit verantwortlich?

Der gesicherte Nachweis eines Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Forschung bis heute noch weit davon entfernt ist, eine eindeutige Erklärung für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit liefern zu können. Da das Einkommen ebenso wie der Berufs- und Bildungsstatus für sich genommen beschreibende und keine erklärenden Größen sind, müssen dementsprechend die Faktoren und Einflüsse untersucht werden, die zwischen der Sozialstruktur und dem Auftreten von Krankheiten liegen. Zudem ist eine Ursachenanalyse eine wesentliche Voraussetzung für gesundheitspolitische Empfehlungen. Ohne die Kenntnis und das Verständnis möglicher Ursachen ist es auch nicht möglich, über Maßnahmen nachzudenken, wie diese Ungleichheiten verringert werden können. Erst auf Grundlage dieser Erkenntnisse kann die Entwicklung und Implementation von Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit erfolgen.

Für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit sind die vorliegenden Daten aus zwei Gründen bemerkenswert.¹⁸ Zum einen besteht ein stufenweises Gefälle in der Krankheits- und Sterblichkeitsrate, das heißt, der Gesundheitszustand jeder Gruppe ist schlechter als der in der hierarchisch nächsthöheren. Dementsprechend geht es bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit nicht um die Frage, warum es einen Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheitsbeeinträchtigungen gibt. Es geht vielmehr um die Frage, warum es ein soziales Gefälle gibt, das sich quer durch die gesamte Gesellschaft zieht. Zum anderen ergibt sich aus den Forschungsergebnissen eine Allgemeingültigkeit

¹⁸ Vgl. Michael G. Marmot, Das gesellschaftliche Muster von Gesundheit und Krankheit, in: Gert Kaiser u. a. (Hrsg.), Die Zukunft der Medizin – Neue Wege zur Gesundheit, Frankfurt/M. 1996.

über die Ursachen für Erkrankungen und Sterblichkeit. So zeigt sich bei der überwiegenden Anzahl von Krankheiten bzw. Todesursachen ein gleichbleibendes Muster der Verteilung, das auf allgemeine krankheitsübergreifende Verursachungsfaktoren hinweist.

Erklärungsansätze: Verursachung versus Selektion

Frühe Analysen der Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit fokussierten im Wesentlichen auf drei verschiedene Erklärungsansätze, welche bis heute nichts von ihrer Aktualität verloren haben:¹⁹ Der erste Erklärungsansatz führt das Vorliegen sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit auf soziale *Selektionsprozesse* zurück. Der Ausdruck „Selektion“ bezieht sich auf Prozesse sozialer Mobilität. Dabei wird etwa angenommen, dass die Gesundheit den beruflichen Status und das Einkommen beeinflusst und nicht umgekehrt. Etwas plakativ formuliert wird hier davon ausgegangen, dass nicht Armut krank, sondern Krankheit arm macht. Gemäß dem Motto „Survival of the fittest“ werden die beobachteten Ungleichheiten in der Mortalität und Morbidität dabei als das Ergebnis einer *sozialen* Aufstiegsbewegung der Gesunden und als *sozialer* Abstiegsprozess der Kranken angesehen. Auch wenn es einige Anhaltspunkte für derartige soziale Mobilitätsprozesse gibt, hat die Forschung zeigen können, dass die Anzahl der hiervon betroffenen Personen insgesamt zu gering ist, um entscheidenden Einfluss auf die beobachteten Unterschiede in der Gesundheit auszuüben.¹⁰

Die beiden anderen Deutungsversuche gehen im Unterschied zur Erklärung durch Selektionsprozesse davon aus, dass ein niedriger sozioökonomischer Status eine größere Gesundheitsgefährdung *verursacht* (Armut macht krank). Die beiden Ansätze betonen jedoch unterschiedliche Möglichkeiten der Verursachung.

¹⁹ Vgl. Mel Bartley, Health inequalities. An introduction to theories, concepts and methods, Cambridge 2004; M. Richter/K. Hurrelmann (Anm. 2).

¹⁰ Vgl. Eero Lahelma, Health inequalities – the need for explanation and intervention, in: European Journal of Public Health, 16 (2006), S. 339; J. P. Mackenbach (Anm. 2).

Der *materielle Erklärungsansatz* basiert – wie der Name schon besagt – auf einer materiellen Interpretation gesundheitlicher Ungleichheit. Hier wird argumentiert, dass Personen am unteren Ende der Statushierarchie nicht nur über geringere finanzielle Ressourcen verfügen, sondern dass sie auch eher in gesundheitsschädlichen Umwelten leben und arbeiten.¹¹ Da viele dieser gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren in einem systematischen Zusammenhang stehen, ist die Exposition gegenüber einzelnen materiellen Faktoren eher sekundär. Von zentraler Bedeutung ist vielmehr die Gesamtheit aller Faktoren, denen bestimmte Bevölkerungsgruppen ausgesetzt sind. So ist es wahrscheinlich, dass bei Personen, die in relativ schadstoffarmen Wohnverhältnissen und unbelasteten Wohngebieten leben, auch die Arbeitsumgebung und -organisation „risikoarm“ sind und die Höhe ihres Einkommens über dem Durchschnitt liegt.

Der *kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz* hebt die Bedeutung sozioökonomischer Unterschiede im gesundheitsbezogenen Risikoverhalten hervor. Dementsprechend werden die sozioökonomischen Unterschiede in der Morbidität und Mortalität häufig mit einer sozial ungleichen Verteilung gesundheitsbeeinträchtigender Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen, Fehlernährung, Alkoholmissbrauch und Bewegungsmangel erklärt.¹² Im Mittelpunkt steht dabei die Tatsache, dass diese Risikoverhaltensweisen sowohl mit dem sozioökonomischen Status als auch mit dem Gesundheitszustand einer Person eng verbunden sind.

Die jüngere Forschung über die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit hat die Erklärungsversuche zunehmend erweitert und durch neue Ansätze und Komponenten ergänzt. Zu nennen ist hier insbesondere der *psychosoziale Erklärungsansatz*, der Ansätze aus der Stress-, Bewältigungs- und sozialen Unterstützungsforschung aufgreift und psychologische sowie psychosoziale Faktoren (etwa kritische Lebensereignisse, chronische Alltagsbelastungen oder berufliche Gratifika-

tionskrisen) zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten heranzieht. In zahlreichen Studien ist in der Folgezeit die Bedeutung dieser Faktoren für die Genese gesundheitlicher Ungleichheit herausgearbeitet worden. Es konnte aufgezeigt werden, dass nicht nur psychosoziale Belastungen, sondern auch die Ressourcen zu deren Bewältigung sozial ungleich verteilt sind. Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind somit in doppelter Weise betroffen.

Neben diesen Erklärungsansätzen wurden in unterschiedlichem Ausmaß weitere Determinanten und Mechanismen diskutiert. Einer dieser Ansätze bezieht sich auf Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung, die in den letzten Jahren auch in Deutschland zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses gerückt sind. Der relative Beitrag dieses Ansatzes zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten wird jedoch kontrovers diskutiert.¹³ Kritisch anzumerken ist beispielsweise, dass Zugang zu und Qualität von Versorgungsleistungen – auch wenn sie wichtig für die Behandlung von Krankheiten sind – zunächst wenig Einfluss auf Neuerkrankungen haben.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Sparmaßnahmen im deutschen Gesundheitswesen wie vor dem der verstärkten Kommerzialisierung gesundheitsbezogener Dienstleistungen stellt sich aber nachhaltig die Frage, ob hier nicht „zusätzliche“ Risiken einer Ausweitung gesundheitlicher Ungleichheiten geschaffen werden. Erste Ergebnisse legen zum Beispiel nahe, dass die Einführung der Praxisgebühr zu einer niedrigeren Inanspruchnahme bei einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen geführt hat, auch wenn andere Studien diese Ergebnisse nicht bestätigen konnten.¹⁴

¹¹ Vgl. Mika Laaksonen et al., Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health, in: Journal of Epidemiology and Community Health, 59 (2005), S. 163–169;

¹² Vgl. M. Richter/K. Hurrelmann (Anm. 2).

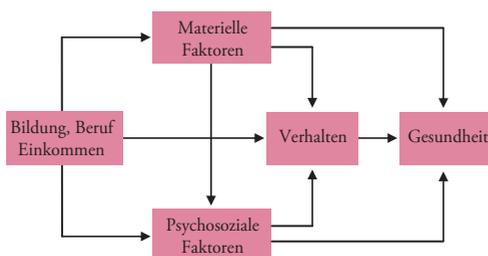
¹³ Vgl. Christian Janssen/Kirstin Grosse Frie/Oliver Ommen, Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland, in: M. Richter/K. Hurrelmann (Anm. 7).

¹⁴ Vgl. Markus M. Grabka/Jonas Schreyögg/Reinhard Busse, Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse. Discussion Papers 506, Berlin 2005; Waldemar Streich, Reaktionen auf die Praxisgebühr – was antworten die Betroffenen?, in: Gesundheitsmonitor, 2 (2004), ohne Seitenangabe.

Erklärungsmodelle gesundheitlicher Ungleichheit

Inzwischen liegen zahlreiche Modelle vor, die für diese Ansätze einen theoretischen Bezugsrahmen hergestellt haben. Diese Modelle unterscheiden sich zwar in ihrer Komplexität, gemeinsam ist ihnen aber, dass sie verschiedene Ebenen und Verknüpfungen berücksichtigen.¹⁵ Als ein Beispiel ist in *Abbildung 2* ein vereinfachtes Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit von Johan P. Mackenbach (2006) dargestellt.

Abbildung 2: Einfaches Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: modifiziert nach Johan P. Mackenbach (Anm. 2).

Im Modell wird davon ausgegangen, dass gesundheitliche Ungleichheiten *in erster Linie* durch einen Effekt des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit entstehen, dass ein geringer sozioökonomischer Status also eine größere Gesundheitsgefährdung *verursacht* und nicht umgekehrt. Der sozioökonomische Status hat jedoch keinen *direkten* Effekt auf den Gesundheit, sondern beeinflusst sie über spezifische ungleich verteilte „Risikofaktoren“ (materielle, verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren). Die drei intermediären Gruppen von Determinanten stehen zudem in einer engen Beziehung. Die Pfeile von materiellen und psychosozialen Faktoren zeigen auf das Verhalten, welches wiederum die Gesundheit beeinflusst.

¹⁵ Für Deutschland zum Beispiel Günter Steinkamp, Soziale Ungleichheit in Morbidität und Mortalität. Oder: Warum einige Menschen gesünder sind und länger leben als andere, in: Wolfgang Schlicht/Hans-Hermann Dickhuth (Hrsg.), *Gesundheit für alle – Fiktion oder Realität*, Schorndorf 1999; Andreas Mielck, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Bern 2000.

sozialen Faktoren auf das Gesundheitsverhalten sollen beispielsweise verdeutlichen, dass sie sowohl einen direkten als auch einen indirekten – über Verhalten vermittelten – Einfluss auf die Gesundheit besitzen.¹⁶

Produktion und Reproduktion

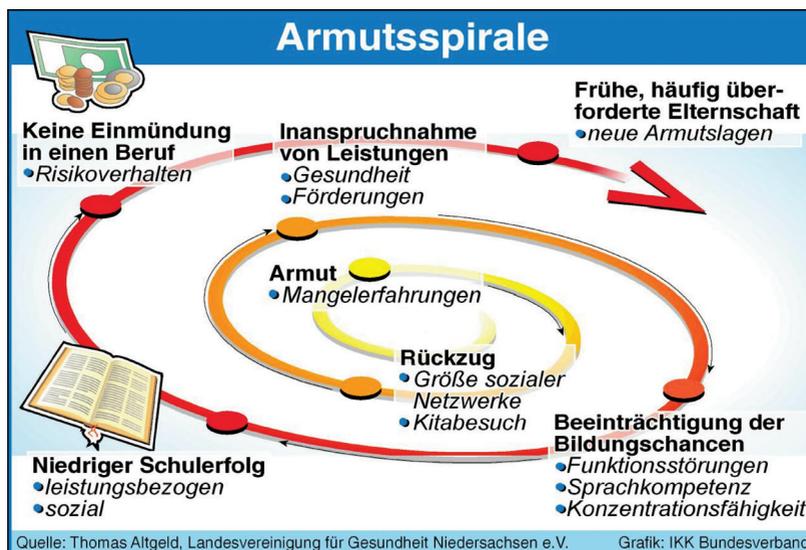
Kritisch anzumerken ist, dass viele dieser Ansätze und Modelle die *zeitliche* Dimension und damit auch die Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten weitgehend unberücksichtigt lassen. Im Rahmen einer *Lebenslaufperspektive* konnten in den letzten Jahren zahlreiche neue Erkenntnisse gewonnen werden.¹⁷ Hier wird der zeitliche Rahmen der Betrachtung von Zusammenhängen zwischen sozialem Status, Risikofaktoren und Erkrankungen erweitert, womit Einflüsse in den frühen Lebensjahren für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten im Erwachsenenalter einbezogen werden.¹⁸ In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass die Menschen, deren sozioökonomischer Status während ihres gesamten Lebens niedrig ist, stärkere gesundheitliche Risiken haben als jene, die nur in einer Phase ihres Lebens diese Disposition aufweisen. Ähnliches gilt für die Gesundheit: Die meisten Krankheiten haben eine lange Entstehungsgeschichte, und eine beeinträchtigte Gesundheit im Erwachsenenalter ist häufig auf die gesundheitliche Lage im Kindesalter zurückzuführen, also damit auf Determinanten, die in früheren Lebensphasen auftraten. Gesundheitliche Ungleichheiten können demnach auf eine Akkumulation von benachteiligenden Lebensbedingungen über den Lebenslauf zurückgeführt werden. Ein großer Vorteil des Lebenslaufansatzes ist, dass er die scharfe Trennung zwischen Selektions- und Verursachungsprozessen aufbricht

¹⁶ Vgl. Matthias Richter/Andreas Mielck, Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3 (2000), S. 198–215.

¹⁷ Vgl. Johan P. Mackenbach et al., Socioeconomic inequalities in health in Europe – An overview, in: ders./Martijntje J. Bakker (Eds.), *Reducing inequalities in health: a European perspective*, London 2002; Hilary Graham, Building an interdisciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research, in: *Social Science and Medicine*, 55 (2002), S. 2005–2016; John Lynch/George Davey Smith, A life course approach to chronic disease epidemiology, in: *Annual Review of Public Health*, 26 (2005), S. 1–35.

¹⁸ Siehe hierzu auch den Beitrag von Nico Dragano in diesem Heft.

Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen Armut, Gesundheit und Bildung



Quelle: Thomas Altgeld, Gesundheitsförderung – Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen, in: M. Richter/K. Hurrelmann (Anm. 1).

und den dynamischen Charakter vieler dieser Prozesse verdeutlicht. Dieser Ansatz verweist auf eine kooperative Entstehung von Gesundheit und sozialer Stellung.

Hier setzt auch die Frage nach der Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten an. Armut und soziale Benachteiligung bedingen in der Regel einen schlechten Start ins Leben, und sie vermindern zudem die Chancen auf eine gute Gesundheit im weiteren Lebenslauf. Kinder aus sozial benachteiligten Haushalten sind dementsprechend häufiger der Gefahr ausgesetzt, später selbst in Arbeitslosigkeit oder Armut zu geraten.¹⁹ Eine Hauptursache für die „Vererbung von Armut“, die sich häufig über mehrere Generationen hinweg beobachten lässt, wird in der engen Verknüpfung der sozialen Herkunft mit der Bildungsbeteiligung und dem Bildungserfolg gesehen (*Abbildung 3*). Bereits in Kindertagesstätten sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien unterrepräsentiert, was die Möglichkeiten der Kompensation von sozialen Nachteilen und Defiziten durch eine gezielte Frühförderung von vornherein vermindert. Auch das deutsche Schulsystem trägt eher zu einer Verfestigung als zu einer Verringerung der Chancen-

ungleichheit bei. Die relativ kurze Grundschulzeit reicht in der Regel nicht aus, um vorhandene Defizite auszugleichen und die Bildungsaspirationen von sozial benachteiligten Kindern und ihren Eltern soweit zu steigern, dass eine Empfehlung für eine weiterführende Schule erteilt wird.²⁰

Im Kindes- und Jugendalter erfolgen zudem zentrale „Weichenstellungen“ für die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebenslauf, und diese sind maßgeblich durch die Lebensumstände geprägt. Beispielsweise lässt sich eine Beziehung zwischen materieller Deprivation in jungen Jahren und dem Auftreten verschiedener Erkrankungen im mittleren und höheren Lebensalter herstellen. Ebenso sind Auswirkungen auf die kognitive und geistige Entwicklung nachgewiesen, die wiederum in enger Beziehung zu den Bildungschancen und den daran geknüpften Gesundheitspotenzialen steht. Kommt es bereits in jungen Jahren zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, dann setzen sich diese oftmals in späteren Lebensphasen fort, bisweilen mit einem progressiven Verlauf. Niedrige Bil-

¹⁹ Vgl. Thomas Lampert/Matthias Richter, Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen, in: M. Richter/K. Hurrelmann (Anm. 1).

²⁰ Vgl. Wolfgang Edelstein, Bildung und Armut. Der Beitrag des Bildungssystems zur Vererbung und zur Bekämpfung von Armut, in: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 26 (2006), S. 120–134.

dungsabschlüsse bedingen zudem häufig eine vermehrte Bereitschaft für gesundheitsrelevantes Risikoverhalten. Durch Armut reduzierte Bildungs- und Gesundheitschancen stehen damit in einem engen, sich hochschaukelnden Wechselverhältnis.¹²¹ Gesundheitliche Ungleichheiten können sich so leicht von Generation zu Generation reproduzieren.

Wie bereits aus diesem kurzen Überblick deutlich wird, sind die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit sehr komplex und vielschichtig. Mit keinem der zahlreichen Forschungsansätze lassen sich die beobachteten Ungleichheiten in der Gesundheit im Erwachsenenalter vollständig erklären. Es sind derzeit jeweils nur Teilerklärungen des Phänomens möglich. Der Lebenslaufansatz liefert hier sicher die umfassendste Erklärung, da er die Exposition gegenüber materiellen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Faktoren von der Geburt bis ins hohe Alter und ebenso intergenerationale Prozesse berücksichtigt.

Ausblick

Die Ausführungen sollten deutlich gemacht haben, dass gesundheitliche Ungleichheiten ein universelles Problem sind und jedes Land betreffen. Die allgemeine Beharrlichkeit gesundheitlicher Ungleichheiten zeigt, dass diese tief in modernen Gesellschaften verwurzelt sind. Sie sollte zugleich als Warnung vor unrealistischen Erwartungen bezüglich einer kurzfristigen Reduzierung der sozioökonomischen Unterschiede in der Gesundheit mit Hilfe konventioneller Strategien gewertet werden.

Die aktuelle Diskussion über Kostensenkungen im Gesundheitswesen hat deutlich gezeigt, dass es in der Gesundheitspolitik hauptsächlich um die Bereitstellung und Finanzierung medizinischer Versorgungsleistungen geht. Es bleibt unbestritten, dass derartige Versorgungsangebote bei schweren Krankheiten zu einer verlängerten Lebenserwartung und einem besserem Krankheitsverlauf führen können. Weitاً wichtiger für die Gesundheit der Bevölkerung ist jedoch die

¹²¹ Vgl. Thomas Altgeld, Gesundheitsförderung – Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen, in: M. Richter/K. Hurrelmann (Anm. 1).

Tatsache, dass die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, wie sie sich in den gegebenen sozialen Ungleichheiten widerspiegeln, die Menschen krank und hilfebedürftig machen können. Es existiert ein deutliches Missverhältnis zwischen der Bedeutung der Ursachen von Krankheit und Tod (etwa Rauchen, körperliche Aktivität, Ernährung, Disposition gegenüber toxischen Stoffen) und der Verteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem. Die meisten Ressourcen werden zur Behandlung von Krankheiten verwendet, während nur wenige sich mit den vorgelagerten Determinanten der Krankheiten befassen. Um diese Risikofaktoren modifizieren zu können, muss ein Blick über den Tellerrand der biomedizinischen Forschung gewagt werden. Nur so geraten die „wahren“ Determinanten der Gesundheit ins Blickfeld.

Ohne eine breitere wissenschaftliche und öffentliche Diskussion über die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit, über die Möglichkeiten der gesundheitsfördernden Veränderung sowohl der Verhältnisse als auch des Verhaltens in den unteren sozialen Schichten, wird der gesamtgesellschaftlichen Herausforderung nur schwer zu begegnen sein. Es bleibt zu hoffen, dass das vorliegende Schwerpunktheft neue Impulse für eine verstärkte Diskussion über die Mechanismen und Determinanten der Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit bringt. Wenngleich viele Fragen über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit wissenschaftlich noch nicht geklärt werden konnten, sind die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger dennoch aufgefordert, das bereits heute verfügbare Wissen über diesen Zusammenhang zu nutzen und praktisch anzuwenden. Die Vielschichtigkeit der Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit macht jedoch deutlich, dass keine Politik oder Politik-Domäne alleine eine nachhaltige Reduzierung dieser Ungleichheiten bewirken kann. Vielmehr ist ein holistischer Ansatz notwendig, der zum einen die einzelnen Dimensionen sozialer Ungleichheit (Einkommen, Bildung und Berufsstatus) und zum anderen die einzelnen Determinanten und Mechanismen berücksichtigt, über die soziale Ungleichheiten die Gesundheit beeinflussen.

Soziale Ungleich- heit der Lebens- erwartung in Deutschland

Für Deutschland wie für andere Industrieländer ist seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ein sukzessiver Anstieg der mittleren Lebenserwartung festzustellen. In den Jahren 1871/80

Thomas Lampert

Diplomsoziologe, geb. 1970;
Stellvertretender Leiter des
Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut (RKI), Seestraße 10,
13353 Berlin.
T.Lampert@rki.de

Lars Eric Kroll

Diplomsoziologe, geb. 1980;
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
im Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung am RKI.
L.Kroll@rki.de

Annalena Dunkelberg

M. Sc. Statistik, geb. 1980;
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
im Fachgebiet
Gesundheitsberichterstattung
am RKI.
A.Dunkelberg@rki.de

erreichte nur etwa ein Drittel der Bevölkerung das 60. Lebensjahr, um 1950 traf dies bereits auf über 75 Prozent und am Ende des Jahrtausends sogar auf annähernd 90 Prozent zu.¹ Die Entwicklung in den vergangenen Jahren deutet darauf hin, dass auch künftig mit einem Zugewinn an Lebenszeit zu rechnen ist. War es anfänglich die erfolgreiche Eindämmung der Infektionskrankheiten und der Säuglings- und Kindersterblichkeit, so ist mittlerweile die Verringerung der Sterblichkeit infolge chronischer Krankheiten in den höheren Altersstufen für die steigende Lebenserwartung maßgeblich. Fast zwei Drittel der vorzeitigen Sterbefälle entfallen – bei einer im Bevölkerungsdurchschnitt um etwa 2,5 Jahre pro Jahrzehnt steigenden Lebenserwartung – auf Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen und Krankheiten der Atmungsorgane.

Als Folge der steigenden Lebenserwartung wird ein zunehmend größerer Anteil der Menschen alt und sehr alt. Bereits im Jahr 2005 machten Personen über 65 Jahre etwa 19 Prozent der Gesamtbevölkerung aus. Nach Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes wird dieser Anteil bis zum Jahr 2050 auf über 30 Prozent anwachsen.² Der demographische Wandel stellt die Gesellschaft vor große Herausforderungen und macht umfassende Reformen der sozialen Sicherungssysteme notwendig. Aus Sicht von Public Health geht es deshalb schon lange nicht mehr nur darum, das Leben zu verlängern. Das Ziel ist vielmehr, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich die Menschen bis ins hohe Alter eine gute Gesundheit und Lebensqualität bewahren. Die Weltgesundheitsorganisation hat dies auf die Formel „Add life to years, not only years to life“ gebracht. Angesichts der im Todesursachenspektrum vorherrschenden chronischen Krankheiten, die durch einen progredienten, also fortschreitenden Verlauf gekennzeichnet und nur eingeschränkt therapierbar sind, stellt sich allerdings die Frage, inwieweit dieses Ziel erreichbar ist. Viele Forscher gehen davon aus, dass sich zwar die vorzeitige Sterblichkeit, nicht aber das Auftreten der Krankheiten vermeiden lässt. Gerade die Erfolge der frühzeitigen Krankheitserkennung und -behandlung würden dazu beitragen, dass die hinzugewonnenen Lebensjahre größtenteils mit Krankheiten und Funktionseinschränkungen verbunden sind.³ Ein optimistischeres Szenario vertritt der amerikanische Arzt James F. Fries. Nach seiner Auffassung ist vor allem eine Stärkung der Primärprävention dazu geeignet, der Entstehung der meisten chronisch-degenerativen Krankheiten entgegenzuwirken und deren Manifestation zeitlich hinauszuzögern. Da Fries gleichzeitig von einer genetischen Begrenzung der Le-

¹ Vgl. Destatis, Perioden-Sterbetafeln für Deutschland – Allgemeine und abgekürzte Sterbetafeln von 1871/1881 bis 2002/2004, Wiesbaden 2006 (Destatis = der Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes Deutschland).

² Vgl. ebd., Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnisse der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2007.

³ Vgl. Ernest M. Gruenberg, The failures of success, in: Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 55 (1977) 1, S. 3–24; Lois M. Verbrugge/Alan M. Jette, The disablement process, in: Social Science and Medicine, 38 (1994), S. 1–14.

bensspanne ausgeht, würde daraus eine Beschränkung der Krankheitsphase auf einen kurzen Lebensabschnitt vor dem Tod resultieren („*compression of morbidity*“).¹⁴

Bei der Einschätzung der Szenarien ist zu berücksichtigen, dass die Chancen auf ein langes und gesundes Leben auch in den reichen Ländern einschließlich der europäischen Wohlfahrtsstaaten höchst ungleich verteilt sind.¹⁵ Die Angehörigen der unteren Statusgruppen sind weitaus häufiger von chronisch-degenerativen Krankheiten und daraus resultierenden Einschränkungen der Lebensqualität betroffen. Außerdem treten bei ihnen viele Krankheiten früher im Leben auf und nehmen häufiger einen ungünstigen Verlauf. Bereits im Kindes- und Jugendalter wird die gesundheitliche Chancengleichheit, die sich letztlich in einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit in den statusniedrigen Bevölkerungsgruppen niederschlägt, sehr deutlich.¹⁶ Vor diesem Hintergrund dürfte das optimistische Szenario eines längeren Lebens bei guter Gesundheit vor allem für die sozial besser gestellten Gruppen zutreffen, während der Zugewinn an Lebenszeit in den unteren Statusgruppen geringer ausfällt und die hinzugewonnen Lebensjahre oftmals mit gesundheitlichen Einschränkungen einhergehen.

Für Deutschland liegen bislang keine Untersuchungen zur zeitlichen Entwicklung von sozialen Unterschieden in der allgemeinen und gesunden Lebenserwartung vor. Selbst die Ausgangslage für eine solche Analyse ist noch nicht ausreichend beschrieben worden. Die im Folgenden vorgestellten aktuellen Untersuchungsergebnisse, die sich auf den Einfluss von Einkommensunterschieden auf die Lebenserwartung beziehen, sollen einen Beitrag in diese Richtung leisten. Sie basieren auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels

¹⁴ Vgl. James F. Fries, Aging, natural death, and the compression of morbidity, in: *New England Journal of Medicine*, 303 (1980) 3, S. 130–135.

¹⁵ Vgl. Andreas Mielck, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Bern 2000; Johan P. Mackenbach, *Health Inequalities: Europe in Profile*, Rotterdam 2006.

¹⁶ Vgl. Matthias Richter, *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*, Wiesbaden 2005. *Anmerkung der Redaktion*: Siehe hierzu auch den Beitrag von Nico Dragano in diesem Heft.

(SOEP) und den Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes. Um die Ergebnisse einordnen und diskutieren zu können, wird zuvor der bisherige Forschungsstand beschrieben, wobei vor allem auf Untersuchungen aus anderen europäischen Ländern Bezug genommen wird.

Bisheriger Forschungsstand

Mit dem Begriff der sozialen Ungleichheit werden an bestimmte gesellschaftliche Positionen geknüpfte Vor- und Nachteile bezeichnet, die sich an der Verfügung über knappe und allgemein hoch bewertete Güter wie Einkommen, Vermögen, Macht, Sozialprestige, Bildung oder Wissen festmachen.¹⁷ In diesem Sinne ist soziale Ungleichheit auch in den europäischen Wohlfahrtsstaaten ein wesentliches Merkmal der Gesellschaftsstruktur. Je nach wirtschaftlichen, politischen und gesetzgeberischen Rahmenbedingungen sind aber Unterschiede im Ausmaß und Erscheinungsbild der sozialen Ungleichheit festzustellen. Mit Blick auf die verschiedenen Wohlfahrtsregime lassen sich die Mitgliedsstaaten der EU in drei Gruppen einteilen:¹⁸ Die *sozialdemokratisch geprägten Staaten*, zu denen insbesondere die skandinavischen Länder Schweden, Norwegen, Finnland und Dänemark gezählt werden, zeichnen sich durch eine egalitäre Sozialpolitik und gut ausgebauten wohlfahrtsstaatlichen Institutionen aus. *Liberale Staaten* wie Großbritannien setzen in erster Linie auf den Markt, Sozialleistungen gehen häufig nicht über Formen der Armenfürsorge hinaus. *Konservative Staaten*, für die neben Deutschland auch die anderen kontinentalen und die südeuropäischen Wohlfahrtsstaaten stehen, sind weder durch eine besondere Ausrichtung am Markt noch auf den Staat gekennzeichnet. Sozialleistungen werden zumeist über beitragsfinanzierte Systeme organisiert.

Geht man von der Einkommensungleichheit aus, dann lässt sich ein Zusammenhang zur mittleren Lebenserwartung feststellen, der durch das jeweilige Wohlfahrtsregime

¹⁷ Vgl. Stefan Hradil, *Soziale Ungleichheit in Deutschland*, Opladen 2001.

¹⁸ Vgl. Gøsta Esping-Andersen, *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton, N.J. 1990; ders., *Towards the Good Society, Once Again?*, in: ders. (Ed.), *Why we need a new welfare state*, New York 2002.

beeinflusst ist.⁹ Das sozialdemokratisch geprägte Schweden ist das Land mit den geringsten Einkommensunterschieden in Europa. Im Jahr 2003 verdienten dort die einkommensstärksten 20 Prozent der Bevölkerung 3,3-mal mehr als die einkommensschwächsten 20 Prozent. Gleichzeitig haben schwedische Männer und Frauen mit 77,9 bzw. 82,4 Jahren im EU-Vergleich eine der höchsten Lebenserwartungen bei Geburt. Im liberalen Großbritannien beträgt das Verhältnis der Einkommen zwischen dem reichsten und ärmsten Fünftel der Bevölkerung 5,3. Entsprechend weisen die britischen Männer und Frauen mit 76,2 Jahren bzw. 80,7 Jahren eine niedrigere Lebenserwartung auf.

In Deutschland bewegen sich sowohl die Einkommensungleichheit als auch die Lebenserwartung im europäischen Mittelfeld. Das obere Fünftel der Bevölkerung erzielt Einkommen, die gegenüber dem unteren Fünftel um den Faktor 4,4 erhöht sind. Die mittlere Lebenserwartung beträgt für Männer 75,5 Jahre und für Frauen 81,3 Jahre. Das Bild in den übrigen kontinentalen Wohlfahrtsstaaten ähnelt dem in Deutschland. In den südeuropäischen Staaten ist die Einkommensungleichheit stärker ausgeprägt, mit den entsprechenden Konsequenzen für die Lebenserwartung. Sehr deutlich wird dies am Beispiel von Portugal: Die reichsten 20 Prozent verdienen 7-mal mehr als die ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung, und die mittlere Lebenserwartung bei Geburt liegt mit 74 Jahren für Männer und 80,5 Jahren für Frauen auf einem im EU-Vergleich sehr niedrigen Niveau.

Ungeachtet des Wohlfahrtsregimes lassen sich in allen Ländern der EU beträchtliche soziale Unterschiede in der Lebenserwartung beobachten, wobei neben dem Einkommen häufig auch der berufliche Status oder das Bildungsniveau betrachtet werden. Für Schweden, England und Portugal wird für Arbeiter ein Mortalitätsrisiko berichtet, das etwa 50 Prozent über dem von Angestellten liegt.¹⁰ Analysen für Deutschland ergaben

⁹ Vgl. Destatis, Im Blickpunkt: Deutschland in der Europäischen Union 2006, Wiesbaden 2006; Eurostat, Strukturindikatoren zur Gesundheit, 2003.

¹⁰ Vgl. Anton E. Kunst et al., Socioeconomic inequalities in stroke mortality among middle-aged men: an international overview. European Union Working

sogar ein doppelt so hohes Risiko der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Berufsstatusgruppe.¹¹ Die sozialen Unterschiede treten bei allen vorherrschenden Todesursachen zutage. Besonders stark ausgeprägt sind sie bei der Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Lungenkrebs.¹² Für viele Länder, etwa Schweden, England und Italien, lässt sich darüber hinaus zeigen, dass die sozial differenzielle Sterblichkeit bei Männern wie Frauen im Verlauf der 1980er und 1990er Jahre weiter zugenommen hat.¹³ Für Deutschland liegen hierzu bisher keine Forschungsergebnisse vor.

Das höhere Mortalitätsrisiko der unteren Statusgruppen spiegelt sich in einer niedrigeren Lebenserwartung wider. In Schweden beträgt der Unterschied zwischen der niedrigsten und höchsten Berufsstatusgruppe, wenn man von der ferneren Lebenserwartung im Alter von 20 Jahren ausgeht, bei Männern 3,8 Jahre und bei Frauen 2,1 Jahre.¹⁴ Für England wird, bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt, eine Differenz von 4,9 Jahren bei Männern und 3,2 Jahren bei Frauen zwischen den ärmsten und den reichsten Regionen des Landes berichtet.¹⁵ Aussagen zu Südeuropa sind auf der Basis von Daten der spanischen Großstädte Madrid und Barcelona möglich. Die berufsstatusspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung im Alter ab 30 Jahren betragen 2,4 bzw. 4,1 Jahre bei Männern und 1,2 bzw. 2,4 Jahre bei Frauen.¹⁶ Für Deutschland kann auf Ergebnisse zu Bildungsunterschieden in der Lebenser-

Group on Socioeconomic Inequalities in Health, in: *Stroke*, 29 (1998) 11, S. 2285–2291.

¹¹ Vgl. Uwe Helmert, Der Einfluss von Beruf und Familienstand auf die Frühsterblichkeit von männlichen Krankenversicherten, in: ders. (Hrsg.), *Müssen Arme früher sterben?*, Weinheim 2000.

¹² Vgl. J. P. Mackenbach (Anm. 5).

¹³ Vgl. Johan P Mackenbach et al., Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, in: *International Journal of Epidemiology*, 32 (2003) 5, S. 830–837.

¹⁴ Vgl. Kristina Burström et al., Increasing socioeconomic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980–1997, in: *Health Economics*, 14 (2005), S. 831–850.

¹⁵ Vgl. Mary Shaw et al., Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress, in: *BMJ*, 330 (2005) 7498, S. 1016.

¹⁶ Vgl. Mauricio Avendano et al., Educational Level and Stroke Mortality: A Comparison of 10 European Populations During the 1990s, in: *Stroke*, 35 (2004) 2, S. 432.

wartung ab 16 Jahren zurückgegriffen werden. Der Abstand zwischen Abiturienten und Hauptschulabsolventen macht bei Männern 3,3 und bei Frauen 3,9 Jahre aus. Die Differenz in der Lebenserwartung bei Geburt zwischen dem untersten und obersten Einkommensquintil wird mit 10 Jahren bei Männern und 9 Jahren bei Frauen angegeben.¹⁷

Zu sozialen Unterschieden in der gesunden Lebenserwartung gibt es nur vereinzelte Befunde. Eine schwedische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die fernere Lebenserwartung bei guter Gesundheit ab 20 Jahren bei Männern und Frauen mit hohem Berufsstatus um 7,1 bzw. 5,7 über der in den Vergleichsgruppen mit niedrigem Berufsstatus liegt.¹⁸ Der Anteil der gesunden Lebensjahre lag bei Männern mit hohem Status bei 88 Prozent und war damit um 7 Prozent höher als in der Vergleichsgruppe, bei Frauen lag er bei 82 Prozent und war um 6 Prozent höher. Für Großbritannien wird berichtet, dass 65- bis 69-jährige Männer der höchsten Statusgruppe 14 weitere beschwerdefreie Lebensjahre erwarten können, gleichaltrige Männer der niedrigsten Statusgruppe hingegen nur 11,5 Jahre; bei Frauen betragen die entsprechenden Werte 15,5 und 13,8 Jahre.¹⁹ Das entspricht einem Anteil der gesunden Lebensjahre von 93 Prozent bei den Männern aus den oberen und von 85 Prozent bei denjenigen aus den unteren Statusgruppen (Frauen: 83 Prozent gegenüber 74 Prozent). Für Deutschland existiert bisher nur eine Studie zu sozialen Unterschieden in der gesunden Lebenserwartung.²⁰ Sie weist deutliche Einkommens- und Erwerbsstatusunterschiede im Mortalitätsrisiko von gesunden und gesundheitlich beeinträchtigten Männern und Frauen aus und verweist zudem auf Unterschiede in Erkrankungs- und Gesundungswahrscheinlichkeiten.

¹⁷ Vgl. Anette Reil-Held, Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? in: DP Sonderforschungsbereich 504, No. 00–14 (2000).

¹⁸ Vgl. K. Burström (Anm. 14).

¹⁹ Vgl. David Melzer et al., Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England, in: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54 (2000) 4, S. 286–292.

²⁰ Vgl. Rainer Unger, Soziale Differenzierung der aktiven Lebenserwartung im internationalen Vergleich, Wiesbaden 2003.

Im Folgenden werden Ergebnisse zu Einkommensunterschieden in der allgemeinen und gesunden Lebenserwartung der Bevölkerung Deutschlands vorgestellt, die auf Daten des SOEP basieren. Es handelt sich dabei um eine Haushaltsbefragung, die seit 1984 jährlich vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) durchgeführt wird.²¹ Hauptanliegen der Studie ist eine zeitnahe Erfassung des politischen und gesellschaftlichen Wandels in Deutschland. Das Stichprobendesign ermöglicht repräsentative Aussagen im Querschnitt und eine längsschnittliche Weiterverfolgung der Studienteilnehmer.

Durch eine sorgfältige Nacherfassung bei Nichterreichbarkeit der Studienteilnehmer können Todesfälle im SOEP relativ gut ermittelt werden.²² Allerdings zeigt sich im Vergleich zu den amtlichen Sterbetafeln, dass die Lebenserwartung auf Basis der SOEP-Daten leicht überschätzt wird.²³ Ein Grund hierfür ist, dass Befragte mit einem schlechten Gesundheitszustand und entsprechend höherem Sterberisiko häufiger die weitere Teilnahme an der Untersuchung verweigern. Auch durch die Nachverfolgung der ausgeschiedenen Studienteilnehmer und eine statistische Anpassungsgewichtung wird diese Verzerrung nicht vollständig ausgeglichen. Für die Schätzungen zur Lebenserwartung werden deshalb zusätzlich die Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes herangezogen. Das SOEP wird verwendet, um Einkommensunterschiede im Mortalitätsrisiko zu ermitteln. Anhand der Periodensterbetafeln werden anschließend die entsprechenden Unterschiede in der Lebenserwartung bestimmt.²⁴

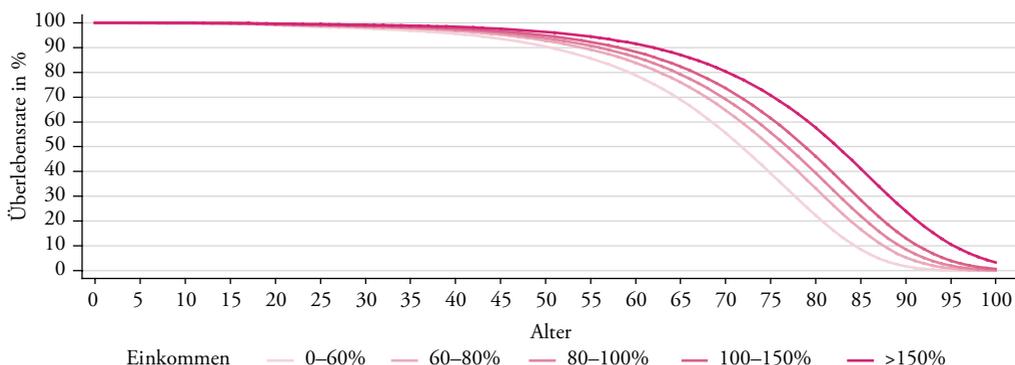
²¹ Vgl. SOEPGroup, The German Socio-Economic Panel (GSOEP) after more than 15 years – Overview, in: Elke Holst et al. (Eds.), *Proceedings of the 2000 Fourth International Conference of German Socio-Economic Panel Study Users (GSOEP2000)*, Berlin 2001.

²² Vgl. Infratest Sozialforschung, Verbesserung der Datengrundlagen für Mortalitäts- und Mobilitätsanalysen: Verbleibstudie bei Panelausfällen im SOEP, München 2002.

²³ Vgl. Rainer Schnell/Mark Trappmann, Konsequenzen der Panelmortalität im SOEP für Schätzungen der Lebenserwartung, in: *Arbeitspapier – Zentrum für Quantitative Methoden und Surveyforschung*, (2006) 2.

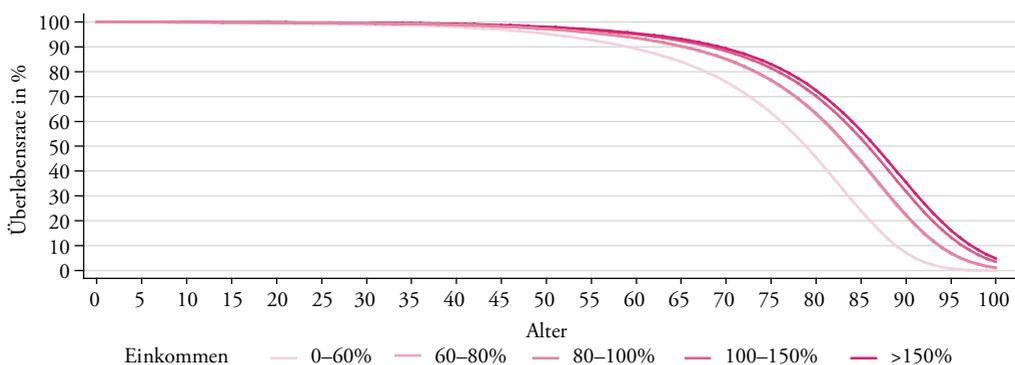
²⁴ Vgl. Destatis (Anm. 1).

Abbildung 1a: Überlebensraten von Männern nach Einkommen



Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995–2005.

Abbildung 1b: Überlebensraten von Frauen nach Einkommen



Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995–2005.

Die Analysen beziehen sich auf den Zeitraum 1995 bis 2005 und Angaben von mehr als 32 500 Personen im Alter ab 18 Jahre. Innerhalb des Beobachtungszeitraums wurden 1 902 Todesfälle verzeichnet. Als Einkommensindikator wird das so genannte Netto-Äquivalenzeinkommen betrachtet, das die Größe und Zusammensetzung des Haushaltes und damit Einsparungen durch gemeinsamen Wirtschaften in einem Mehr-Personenhaushalt sowie die unterschiedlichen Einkommensbedarfe von Erwachsenen und Kindern berücksichtigt.²⁵ Das mittlere Netto-Äquivalenzeinkommen der 18-jährigen und älteren Bevölkerung lag im Jahr 2005

bei 1 398 Euro. Davon ausgehend wurden für die Analysen fünf Einkommenspositionen bestimmt: Unter 60 Prozent, 60 bis unter 80 Prozent, 80 bis unter 100 Prozent, 100 bis unter 150 Prozent, über 150 Prozent des gesellschaftlichen Mittelwertes (Median).²⁶ Personen mit einem Einkommen unterhalb der 60-Prozent-Schwelle, die im Jahr 2005 bei 839 Euro lag, sind nach sozialpolitischer Definition von Armut betroffen oder gefährdet. Die 150-Prozent-Schwelle, die 2 097 Euro betrug, kann entsprechend zur Abgrenzung relativer Wohlhabenheit herangezogen werden.

In den *Abbildungen 1a und 1b* sind Überlebensraten von Männern und Frauen in ver-

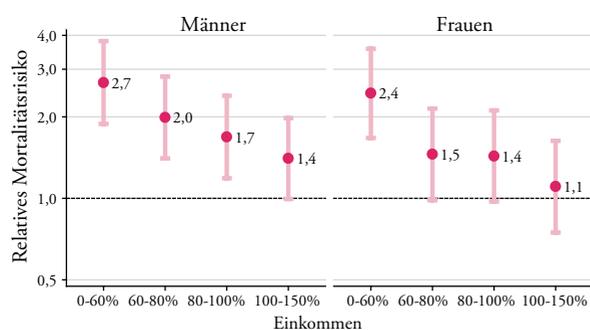
²⁵ Vgl. Richard Hauser, Zur Messung individueller Wohlfahrt und ihrer Verteilung, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wohlfahrtsmessung – Aufgabe der Statistik im gesellschaftlichen Wandel, Wiesbaden 1996.

²⁶ Vgl. Markus Grabka, Peter Krause, Einkommen und Armut von Familien und älteren Menschen, in: DIW-Wochenbericht, 9 (2005).

schiedenen Einkommensgruppen dargestellt. Am Verlauf der Kurven ist zu ersehen, wie hoch der Anteil in den betrachteten Gruppen ist, der bis zu einem bestimmten Alter überlebt. Für beide Geschlechter zeigt sich spätestens ab einem Alter von 50 Jahren eine graduelle Zunahme der Überlebensraten mit der Einkommensposition. Bei Männern ist dieser Gradient gleichförmig ausgeprägt, bei Frauen ist vor allem die deutlich niedrigere Überlebensrate der Armutrisikogruppe auffällig.

Die Einkommensunterschiede finden auch in den relativen Mortalitätsrisiken einen deutlichen Niederschlag (*Abbildung 2*). Das altersstandardisierte Mortalitätsrisiko von Männern und Frauen aus der niedrigsten Einkommensgruppe ist im Vergleich zu dem der höchsten Einkommensgruppe um den Faktor 2,7 bzw. 2,4 erhöht. Auch für die mittleren Einkommensgruppen lässt sich ein erhöhtes Mortalitätsrisiko feststellen. Die Vertrauensintervalle weisen bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent die Mortalitätsrisiken von Männern in den drei niedrigsten Einkommensgruppen als statistisch bedeutsam aus. Bei Frauen ist nur das Mortalitätsrisiko der einkommensschwächsten Gruppe signifikant erhöht.

Abbildung 2: Relatives Mortalitätsrisiko nach Einkommen und Geschlecht



In *Abbildung 3* wird auf Basis der altersstandardisierten Mortalitätsrisiken und der Periodensterbetafeln dargestellt, wie hoch der Anteil der Männer und Frauen in den Einkommensgruppen ist, die wahrscheinlich vor Erreichen des 65. Lebensjahrs sterben. Die vorzeitige Sterblichkeit ist umso höher, je niedriger das Einkommen ist. Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe sterben in der niedrigsten Einkommensgruppe mehr als

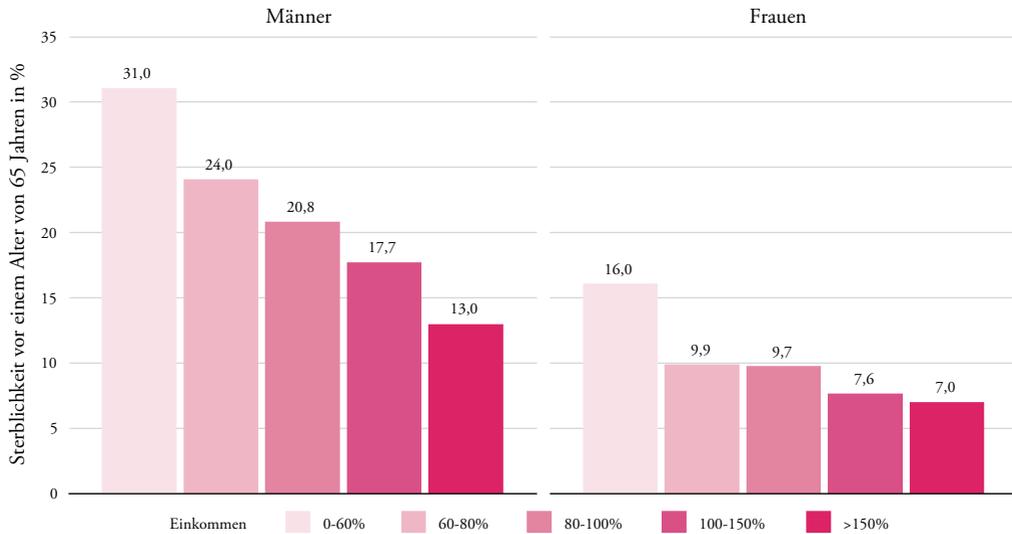
doppelt so viele Männer und Frauen, bevor sie das 65. Lebensjahr erreicht haben.

Für die Analyse der Einkommensunterschiede in der Lebenserwartung wurde neben der Lebenserwartung bei Geburt und der Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren auch die Lebenserwartung in Gesundheit betrachtet (*Tabelle*). Als gesunde Lebensjahre wurden die Jahre erachtet, die bei sehr gutem oder gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden. Im Zeitraum 1995 bis 2005 betrug die mittlere Lebenserwartung bei Geburt für Männer 75,3 und für Frauen 81,3 Jahre. Die Differenz zwischen der höchsten und niedrigsten Einkommensgruppe betrug bei Männern 10,8 Jahre und bei Frauen 8,4 Jahre. Männer und Frauen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, konnten damit rechnen, 15,7 bzw. 19,3 weitere Jahre zu leben. Im Vergleich zwischen dem oberen und unteren Ende der Einkommensverteilung ergibt sich bei Männern eine Differenz von 7,4 und bei Frauen von 6,3 Jahren. Auch in der gesunden Lebenserwartung finden die Einkommensunterschiede einen deutlichen Niederschlag. Von Geburt an können Männer mit 64,8 und Frauen mit 66,6 gesunden Lebensjahren rechnen. Das entspricht einem Anteil von 86 bzw. 82 Prozent an der gesamten Lebenszeit. Der Abstand zwischen der höchsten und niedrigsten Einkommensgruppe lässt sich mit 14,3 bzw. 10,2 Jahren angeben. Die Einkommensunterschiede in der gesunden Lebenserwartung ab dem Alter von 65 Jahren betragen 5,9 Jahre bei Männern und 3,9 Jahre bei Frauen. Auch bei Betrachtung des Anteil der gesunden Lebensjahre an der gesamten Lebenszeit fallen deutliche Einkommensunterschiede auf.

Fazit

Die berichteten Ergebnisse weisen auf einen Einkommensgradienten in der allgemeinen und gesunden Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland hin. In der Tendenz gilt: Je höher das Einkommen, desto eher besteht die Aussicht auf ein langes und gesundes Leben. Bei Männern sind diese Unterschiede noch etwas stärker ausgeprägt als bei Frauen. Die Ergebnisse entsprechen weitgehend denen, die für andere europäische Länder berichtet werden. Selbst in den skandinavischen Wohlfahrtsstaaten variiert die Lebenszeit stark mit dem sozialen Status, trotz der gut

Abbildung 3: Vorzeitige Sterblichkeit vor einem Alter von 65 Jahren nach Einkommen und Geschlecht



Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995–2005.

Tabelle: Allgemeine und gesunde Lebenserwartung nach Einkommen und Geschlecht

Einkommen	Lebenserwartung		Gesunde Lebenserwartung		Anteil der gesunden Lebenserwartung	
	Bei Geburt	Ab 65	Bei Geburt	Ab 65	Bei Geburt	Ab 65
Männer						
0–60 %	70,1	12,3	56,8	10,5	81 %	85 %
60–80 %	73,4	14,4	61,2	12,5	83 %	87 %
80–100 %	75,2	15,6	64,5	13,7	86 %	88 %
100–150 %	77,2	17,0	66,8	14,8	87 %	87 %
> 150 %	80,9	19,7	71,1	16,4	88 %	83 %
gesamt	75,3	15,7	64,8	13,6	86 %	87 %
Frauen						
0–60 %	76,9	16,2	60,8	14,1	79 %	87 %
60–80 %	81,9	19,8	66,2	16,4	81 %	83 %
80–100 %	82,0	19,9	67,1	16,6	82 %	83 %
100–150 %	84,4	21,8	69,1	17,8	82 %	82 %
> 150 %	85,3	22,5	71,0	18,0	83 %	80 %
gesamt	81,3	19,3	66,6	16,2	82 %	84 %

Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995–2005.

ausgebauten Systeme der sozialen Sicherung und der im europäischen Vergleich hohen allgemeinen Lebenserwartung.¹²⁷

¹²⁷ Vgl. Johan P. Mackenbach et al., Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, in: The Lancet, 349 (2007), S. 1655–1659.

Vor dem Hintergrund der massiven Probleme auf dem Arbeitsmarkt und der Alterung der Bevölkerung tendiert die Sozialpolitik in Europa mehr und mehr zum Modell des aktivierenden Sozialstaates. Infolgedessen könnte es zu einer weiteren Ausweitung der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit kom-

men.¹²⁸ Bisher hat es zumindest noch kein europäisches Land vermocht, das Auseinanderdriften der Mortalitätsrisiken zwischen den sozial benachteiligten und privilegierten Bevölkerungsgruppen erfolgreich zu bekämpfen. Auf EU-Ebene werden heute allerdings im Sinne des Ziels „*Equity in Health*“ gemeinsame Anstrengungen unternommen, um Ansätze zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zu finden.¹²⁹ In einzelnen Ländern haben sich diese inzwischen in konkreten politischen Aktionsplänen und Zielvorgaben niedergeschlagen. Beispielsweise hat die britische Regierung im Jahr 2003 das Programm „*Tackling Health Inequalities: a Programme for Action*“ ausgerufen. Mit dem Programm verbindet sich u. a. das Ziel, die Mortalitätsunterschiede zwischen der niedrigsten und der höchsten Statusgruppe bis zum Jahr 2010 um 10 Prozent zu verringern.

In Deutschland gibt es bislang nur einzelne Aktivitäten, aber keine umfassende politische Strategie oder konkreten Zielvorgaben zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten. Angesichts der auch hierzulande zunehmenden Forschungstätigkeit und des wachsenden Problembewusstseins bleibt zu hoffen, dass die politischen Anstrengungen zunehmen und dabei die Erfahrungen aus anderen Ländern genutzt werden.¹³⁰

¹²⁸ Vgl. Aus Politik und Zeitgeschichte, (2005) 16, Thema „Arbeitsmarktreformen“ und dies., (2006) 8–9, Thema „Reformen des Sozialstaates“.

¹²⁹ Vgl. World Health Organization. Regional Office for Europe, *Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*, Copenhagen 1998; Ken Judge et. al., *Health Inequalities: a Challenge for Europe*, London 2006.

¹³⁰ Vgl. Andreas Mielck, Quantitative Zielvorgaben zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Lernen von anderen westeuropäischen Staaten, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden 2006.

Nico Dragano

Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf

Das die Gesundheit von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien häufig schlechter ist als die ihrer sozial besser gestellten Altersgenossen, ist bekannt und durch Daten belegt. Als wäre dieser Umstand nicht bereits bedenklich genug, kommt ein weiteres Problem hinzu: Die neuere medizinische Forschung hat gezeigt, dass frühe gesundheitliche Belastungen Langzeitfolgen haben können. Sozial benachteiligte Kinder haben also nicht nur ein höheres Risiko, bereits in jungen Jahren zu erkranken, sie tragen auch ein Hypothek auf ihre Gesundheit im Erwachsenenalter.

Nico Dragano

Dr. phil., geb. 1972; wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf. dragano@uni-duesseldorf.de

Diese „Belastungskarriere“ könnte ein weiterer Baustein in der Entstehung der großen sozialen Unterschiede von Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken im mittleren und höheren Erwachsenenalter sein. Zwar ist unumstritten, dass im Erwachsenenalter Einflüssen wie dem Lebensstil oder den Umweltbelastungen – etwa im benachteiligten Wohngebiet – ein großer Anteil daran zukommt, allerdings erklären sie nicht die gesamte Ungleichheit im Krankheitsgeschehen. Angesichts von Unterschieden in der Lebenserwartung zwischen oberen und unteren sozialen Schichten in Europa von bis zu sieben Jahren ist ein besseres Verständnis der Hintergründe aber dringend notwendig.¹¹

Der Ansatz der Lebenslaufperspektive bei der Erforschung der gesundheitlichen Ungleichheit ist gleichbedeutend mit einem

¹¹ Vgl. Johannes Siegrist/Michael Marmot, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Neue Evidenz und gesundheitspolitische Folgerungen*, Bern 2007 (i. E.).

Rückblick auf Belastungen in früheren Lebensphasen und auf die sozialen Muster ihrer Verteilung in der Bevölkerung. Welche frühen Belastungen in diesem Kontext wichtig sein könnten, wird durch die medizinisch-epidemiologische Lebenslaufforschung untersucht.

Frühe Risikofaktoren

Die wichtigste Erkenntnis dieser Forschung ist, dass der menschliche Körper offensichtlich ein gutes Gedächtnis hat: Schädigungen von Zellen und Organen, die im Mutterleib, im Säuglings- und Kindesalter erfolgen, können über Jahre und Jahrzehnte hinweg un bemerkt bleiben, bevor sie irgendwann als Erkrankung sichtbar werden. Solche Langzeitfolgen werden derzeit intensiv erforscht, scheinen sie doch bei den meisten der weit verbreiteten chronischen Erkrankungen im Erwachsenenalter – wie etwa Herzkrankheiten oder Stoffwechselkrankheiten – eine Rolle zu spielen.

Die Pionierarbeit, welche die vorgeburtlichen und kindlichen Ursprünge von Krankheiten des höheren Lebensalters ins Bewusstsein der Forschung brachte, wurde in den 1980er und 1990er Jahren vom britischen Epidemiologen David Barker und seinem Team geleistet. Barker verband Archivaufzeichnungen aus Geburtskliniken mit den Ergebnissen amtlicher Todesursachenstatistiken. Er fand dabei heraus, dass Kinder, die bei ihrer Geburt untergewichtig waren (≥ 2500 Gramm), im Erwachsenenalter eine höhere Sterblichkeit aufgrund von Herzkrankheiten aufwiesen als normalgewichtige Kinder.¹²

Ein niedriges Geburtsgewicht, das zeigen nachfolgende Untersuchungen, ist ein Indikator für eine ganze Reihe von vorgeburtlichen Entwicklungsstörungen. In diesem Zusammenhang muss das Konzept der „kritischen Perioden“ kurz vorgestellt werden. Eine kritische Periode ist eine zeitlich begrenzte Entwicklungsphase des Organismus, in der dieser für Störungen besonders anfällig ist.¹³ Führen

¹² Vgl. David J. P. Barker, *The foetal and infant origins of inequalities in Britain*, in: *Journal of Public Health Medicine*, 13 (1991), S. 64–68.

¹³ Vgl. Yoav Ben-Shlomo/Diana Kuh, *A life course approach to chronic disease epidemiology*, in: *International Journal of Epidemiology*, 31 (2002), S. 285–293.

solche Störungen zu Schädigungen, so sind diese in der Regel im weiteren Verlauf des Lebens nicht mehr rückgängig zu machen.

Besonders ‚kritisch‘ in diesem Sinne ist die Schwangerschaft. Der Fötus durchläuft bis zur Geburt ein rasantes Wachstum, das in keiner anderen Lebensphase wieder erreicht wird. Für die Herausbildung bestimmter Organe gibt es zudem Zeitfenster, in denen ihre Entwicklung weitgehend abgeschlossen sein muss. Komplikationen können dazu führen, dass ein Organ, ganze Gruppen von Organen oder funktionelle Mechanismen nicht zur vollen Reife gelangen.¹⁴ Solche Wachstumsstörungen bestehen dann lebenslang, daher wird in diesen Fällen auch von einer „biologischen Programmierung“ gesprochen.

Schwerwiegende Folgen hat vor allem eine Unter- oder Fehlernährung des Fötus. Auslöser auf Seiten der Mutter können die eigene Unterernährung, Fehlernährung, gestörte Organfunktionen oder Tabak-, Alkohol- und Drogenmissbrauch sein.¹⁵ Ein Mangel an Nährstoffen kann die Entwicklung des Kindes schließlich nachhaltig hemmen und zu negativen Programmierungen führen. Davon können ganz unterschiedliche Systeme betroffen sein, etwa der Stoffwechsel, die Blutdruckkontrolle oder die Lungenfunktion.¹⁶ Unvollständiges Wachstum muss aber nicht sofort zu einer Erkrankung führen. Solche Defizite können über eine lange Zeit kompensiert werden; eine Erkrankung tritt nicht selten erst dann auf, wenn im Laufe des Lebens weitere Risikofaktoren hinzu kommen oder die allgemeine Reservekapazität des Körpers im Alter abnimmt. Hinweise auf solche verzögerten Wirkungen gibt es unter anderem für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und chronische Lungenerkrankungen.¹⁷

¹⁴ Vgl. Ivan Perry, *Fetal growth and development: the role of nutrition and other factors*, in: Diana Kuh/Yoav Ben-Shlomo (Eds.), *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford 1997, S. 145–168.

¹⁵ Vgl. Michael Wadsworth/Suzie Butterworth, *Early life*, in: Michael Marmot/Richard Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford 2006².

¹⁶ Vgl. Neal Halfon/Miles Hochstein, *Life course health development: An integrated framework for developing health, policy, and research*, in: *The Milbank Quarterly*, 80 (2002), S. 433–479.

¹⁷ Vgl. Chris Power/Diana Kuh, *Life course development of unequal health*, in: Johannes Siegrist/Michael Marmot (Eds.), *Social inequalities in health*. New

Die „kritischen Perioden“ enden nicht mit der Geburt, auch die weitere Entwicklung des Kindes ist von Bedeutung. Dies betrifft nicht nur organische, wachstumsbezogene Prozesse, sondern auch die kognitive Entwicklung, die psychische Stabilität und die Persönlichkeitsentwicklung, die alle in der frühen Kindheit entscheidend geprägt werden.¹⁸ Unter diesen Faktoren lässt sich ebenfalls eine ganze Reihe von potenziellen Quellen zukünftiger Gesundheitsstörungen ausmachen.

In dieser Arbeit ist es nicht möglich, einen tieferen Einblick in die *biologischen* Hintergründe der Wirkung früher Risikofaktoren zu geben. Die Zusammenhänge sind äußerst komplex und jeder einzelne Risikofaktor hat seine spezifische Wirkungsweise, so dass selbst eine verkürzte Darstellung noch zu umfangreich wäre. Hinzu kommen Aspekte genetischer Veranlagung und deren Interaktion mit Umweltbedingungen. In aller Oberflächlichkeit kann aber das Fazit gezogen werden, dass die gesundheitlichen Dispositionen eines Menschen im Lebenslauf geprägt werden und dass durch frühe gesundheitliche Belastungen Weichen für eine spätere Erkrankung gestellt werden.

Sozial ungleiche Risiken

Nimmt man die oben beispielhaft genannten frühen Risikofaktoren, so liegt die Vermutung nahe, dass diese nicht zufällig über die Bevölkerung verteilt sind. Unter- bzw. Fehlernährung der Mutter, Rauchen oder Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft sind auch in entwickelten westlichen Gesellschaften eng mit sozioökonomischer und kultureller Benachteiligung verbunden. Insofern ist es wahrscheinlich, dass Kinder aus Familien sozioökonomisch und kulturell benachteiligter Schichten ein höheres Risiko haben, in „kritischen Perioden“ frühe Schädigungen zu erfahren. In der Folge haben sie im Erwachsenenalter ein höheres Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko.

Damit ist einer der möglichen Wege skizziert, wie sich soziale Merkmale auf die Entwicklung der Gesundheit im Lebensverlauf

evidence and policy implications, Oxford 2006, S. 27–53.

¹⁸ Vgl. ebd.

auswirken. Die Hypothese, dass das Risiko früher Schädigungen, die sich negativ auf die Gesundheit in späteren Lebensphasen auswirken, in unteren sozialen Schichten höher ist, wird in der gesundheitlichen Lebenslaufforschung als „Modell kritischer Perioden“ bezeichnet.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, dieses Modell wissenschaftlich zu bewerten. Die erste besteht darin, die Grundannahme zu prüfen, dass frühe Risikofaktoren, wie etwa ein niedriges Geburtsgewicht, sozial ungleich verteilt sind. Obwohl die Datenlage insgesamt noch überschaubar ist, gibt es inzwischen einige Studien, deren Ergebnisse für das Modell sprechen. So konnte wiederholt in internationalen Studien gezeigt werden, dass das Geburtsgewicht der Kinder mit der sozialen Schicht der Eltern korreliert.¹⁹

Mittlerweile liegen auch aktuelle Ergebnisse aus Deutschland vor. Sie beruhen auf Daten der „Perinatalerhebung“: einer amtlichen Erfassung aller Krankenhausgeburten in Deutschland im Jahr 2005, die derzeit von einer Arbeitsgruppe des Deutschen Krebsforschungszentrums ausgewertet werden. Die Wissenschaftler berichten, dass Kinder, deren Mütter un- oder angelernte Arbeiterinnen sind, im Vergleich zu den Kindern von höheren Angestellten eine um 38 Prozent erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, mit einem niedrigen Geburtsgewicht (kleiner 2500 Gramm) auf die Welt zu kommen.¹⁰

Auch zum mütterlichen Rauchverhalten liegen aus der Perinatalerhebung erste Befunde der Arbeitsgruppe vor.¹¹ Das Rauchverhalten der Mutter ist in diesem Kontext von hoher Bedeutung, da es ein starker Risikofaktor sowohl für ein niedriges Geburtsgewicht als auch für Fehlbildungen, Wachstumsstörungen, eingeschränkte Lungenfunktion und

¹⁹ Vgl. z. B. Chris Power/Stephen Matthews, Origins of health inequalities in a national population sample, in: The Lancet, 350 (1997), S. 1585–1589.

¹⁰ Vgl. Sven Schneider, Gesundheitliche Ungleichheit beginnt im Mutterleib. Vortrag auf der Internationalen Fachtagung „Health Inequalities“ an der Universität Bielefeld, 7./8. Juni 2007.

¹¹ Vgl. ders./Holger Maul/Martina Pötschke-Langer, Who smokes during pregnancy? An analysis of the „German Perinatal-Register 2005 Survey“ of hospital deliveries, in: Journal of Perinatal Medicine, (2007), submitted.

andere Störungen ist.¹² Die sozialen Unterschiede sind hier sogar noch stärker ausgeprägt als beim Geburtsgewicht: Sven Schneider und Kollegen berichten, dass über 20 Prozent der un- und angelernten Arbeiterinnen während der Schwangerschaft rauchen, aber nur 3,9 Prozent der höheren Angestellten. Dieses Ergebnis stimmt – auch in seiner Deutlichkeit – mit jenen aus internationalen Studien überein.¹³

Neben den referierten Ergebnissen zur sozialen Ungleichheit liegen einige Daten für weitere frühe Risiken vor, etwa zur postnatalen Gewichtszunahme oder zu psychosozialen Belastungsereignissen, die hier nicht im Einzelnen vorgestellt werden sollen. Als interessante und aktuelle Quelle für Deutschland kann auf den vom Robert-Koch-Institut koordinierten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey verwiesen werden.¹⁴ Dort finden sich zahlreiche Belege dafür, dass mit zunehmender sozialökonomischer Benachteiligung des Elternhauses die frühen gesundheitlichen Risiken bei Kindern zunehmen.

Ob die berichteten sozialen Unterschiede sich tatsächlich in Krankheits- und Sterblichkeitsgeschehen im höheren Lebensalter niederschlagen, ist nur durch Langzeituntersuchungen zu klären. In solchen Studien werden Erkrankungen des Erwachsenenalters zur sozialen Herkunft in Beziehung gesetzt. Die Mehrzahl solcher Untersuchungen stammt aus Großbritannien und den skandinavischen Ländern. Dort wurden zum einen bereits seit den 1950er Jahren Geburtskohortenstudien aufgebaut, deren Teilnehmer von Geburt an bis heute beobachtet werden; zum anderen ist es in diesen Ländern häufig möglich, aktuelle Krankheits- und Sterblichkeitsdaten retrospektiv mit offiziellen Statistiken zur sozialen und gesundheitlichen Lage in der Kindheit zu verbinden.

Die stärksten Aussagen erlauben Studien zur frühzeitigen Sterblichkeit. Die Ergebnisse der meisten Auswertungen zeigen, dass Kinder

aus sozial benachteiligten Schichten als Erwachsene ein erhöhtes Risiko der frühzeitigen Sterblichkeit haben.¹⁵ Wie solche Studien durchgeführt werden, sei an einem aktuellen Beispiel erläutert. Maria Rosvall und Kollegen haben 96 000 schwedische Männer und Frauen der Geburtsjahre 1945 bis 1950 in eine Langzeituntersuchung aufgenommen.¹⁶ Startpunkt der Betrachtung war das Jahr 1990; es wurde beobachtet, welche der Studienteilnehmer bis zum Jahr 2002 verstarben. Das Forschungsteam setzte Sterblichkeit bzw. die Überlebenschance dann mit dem sozialen Status in der Kindheit in Beziehung. Erfasst wurde dieser über den beruflichen Status des Haushaltsvorstandes, der in amtlichen Statistiken dokumentiert war und den Studienteilnehmern individuell zugeordnet werden konnte. Das Ergebnis der Analysen ist, dass Männer und Frauen, die in ihrer Kindheit einer sozialökonomisch benachteiligten Schicht angehörten, im betrachteten Zeitraum ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko hatten. Männliche Arbeiterkinder hatten etwa im Vergleich zu Kindern von Angestellten ein 30 Prozent höheres Mortalitätsrisiko im Erwachsenenalter (40 Prozent für Todesfälle aufgrund von Herzkrankheiten). Bei den Frauen waren es 20 Prozent (und 60 Prozent für Herzkrankheiten).

Neben der Sterblichkeit sind auch nicht-tödliche Erkrankungen in Abhängigkeit von sozialen Bedingungen während früher Lebensjahre untersucht worden. Dabei zeigten sich Zusammenhänge für verschiedene weit verbreitete Krankheiten, zum Beispiel für Herzkrankheiten, Schlaganfälle, Diabetes, Atemwegserkrankungen, funktionelle Störungen und psychisches Wohlbefinden.¹⁷

Aufschlussreich sind auch Untersuchungen, die nicht direkt auf Krankheiten abzielen, sondern Risikoverhaltensweisen Erwachsener in den Blick nehmen. Eine Verbindung zwischen dem sozialen Umfeld während der

¹² Vgl. ebd.

¹³ Vgl. etwa C. Power/S. Matthews (Anm. 9); Patricia Dolan-Mullen, Maternal smoking during pregnancy and evidence based interventions to promote cessation, in: Primary Care, 26 (1999), S. 577–589.

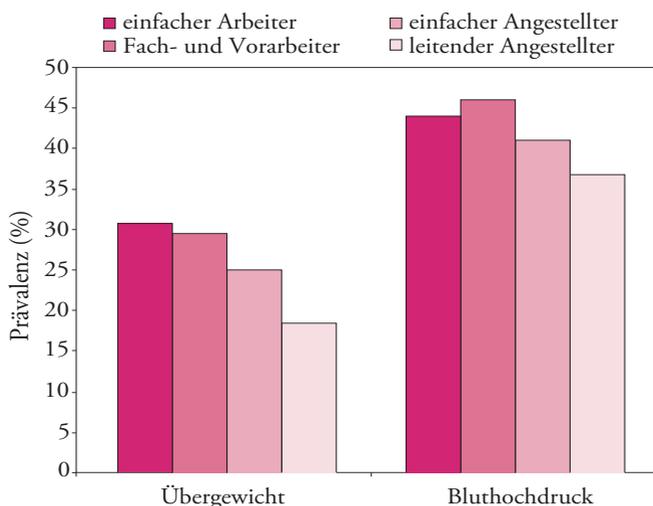
¹⁴ Eine umfangreiche Ergebnisdarstellung ist im Bundesgesundheitsblatt 2007, Band 50, Heft 5/6 erschienen.

¹⁵ Vgl. George Davay Smith/John Lynch, Life course approaches to socioeconomic differentials in health, in: Diana Kuh/Yoav Ben-Shlomo (Eds.), A life course approach to chronic disease epidemiology, Oxford 2004².

¹⁶ Vgl. Maria Rosvall/Basile Chaix/John Lynch/Martin Lindström/Juan Merlo, Similar support for three different life course socioeconomic models on predicting premature cardiovascular mortality and all-cause mortality, in: BMC Public Health, 6 (2006), S. 203.

¹⁷ Einen Überblick bieten z. B. D. Kuh/Y. Ben-Shlomo (Anm. 15).

Abbildung: Häufigkeit von Übergewicht (BMI ≥ 30) und Bluthochdruck (ärztlich diagnostiziert) nach Beruf des Vaters bei 4 062 Probanden im Alter zwischen 45 und 75 Jahren¹⁸



Kindheit und späterem Risikoverhalten wie schlechter Ernährung, Rauchen oder Bewegungsmangel ist durchaus plausibel, da solche Verhaltensweisen zu einem wichtigen Teil durch die familiäre und schulische Sozialisation geprägt werden. Auch hier könnten wieder zahlreiche internationale Studien als Beleg für eine Häufung eines gesundheits-schädlichen Lebensstils, etwa Rauchen, Alkoholmissbrauch oder Übergewicht, bei Erwachsenen mit einer sozial niedrigen familiären Herkunft angeführt werden. Ob diese Zusammenhänge auch für Deutschland gelten, kann zwar angenommen, mangels einschlägiger Studien bisher aber nicht belegt werden.¹⁹

Um das Phänomen trotzdem für Deutschland zu illustrieren, wurde eine explorative Auswertung von Daten einer laufenden Herz-Kreislauf-Epidemiologischen Untersuchung im Ruhrgebiet durchgeführt.²⁰ Die

populationsbasierte Heinz Nixdorf Recall Studie untersucht seit dem Jahr 2000 4 814 Bürgerinnen und Bürgern des Ruhrgebiets im Alter zwischen 45 und 75 Jahren, um neue Früherkennungsmodelle für Herzinfarkte zu entwickeln. Bei der Basisuntersuchung wurde nicht nur der Lebensstil detailliert erfasst, sondern bei einem Teil der Probanden auch der Beruf des Vaters als Indikator der sozialen Schicht der Herkunftsfamilie erfasst.

Die *Abbildung* zeigt die Verteilung von zwei wichtigen Herz-Kreislauf-Risikofaktoren in der Stichprobe. Aufgeschlüsselt ist die Verteilung nach dem Beruf des Vaters. In der Gruppe der Probanden aus einfachen und aus Facharbeiterhaushalten finden sich mehr Übergewichtige und mehr Hypertoniker als bei Probanden aus Angestellten-Elternhäusern. Am deutlichsten sind die Unterschiede beim Übergewicht: Hier nimmt mit jedem Schritt hin zu einem höheren beruflichen Status des Vaters der Anteil der Übergewichtigen ab. Nach Geschlechtern getrennte Analysen zeigen zudem, dass die Zusammenhänge bei Männern und Frauen gleichermaßen zu beobachten sind, die relativen Unterschiede

rosclerotic disease and established and novel risk factors for predicting myocardial infarction and cardiac death in healthy middle-aged subjects: Rationale and design of the Heinz Nixdorf Recall Study, in: American Heart Journal, 144 (2002), S. 212–218.

¹⁸ Nico Dragano/Johannes Siegrist, Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit, Wiesbaden 2006.

¹⁹ Langzeitstudien zur Lebenslaufproblematik aus Deutschland fehlen m.W. bisher weitgehend. Das gilt im Übrigen nicht nur im Bezug auf Risikoverhalten, sondern auch für Krankheits- und Sterblichkeitsuntersuchungen im Lebenslauf.

²⁰ Vgl. Axel Schmermund/Stefan Möhlenkamp/Andreas Stang/Dietrich Grönemeyer/ Rainer Seibel/Herbert Hiche/et al., Assessment of clinically silent athe-

aber bei Frauen noch höher ausfallen als bei Männern.

Als *Fazit* aus diesen Ergebnissen kann festgehalten werden, dass nach heutigem Wissen die soziale Stellung der Eltern die gesundheitlichen Voraussetzungen für das spätere Leben der Kinder mitbestimmt. Medizinisch gesehen erklärt sich die Verbindung zwischen der sozialen Schicht der Familie und späteren Erkrankungen durch ein häufigeres Auftreten von frühen Risikofaktoren bei Kindern in sozial schlechter gestellten Elternhäusern.

Gefahren addieren sich

Dieser Zusammenhang bietet also eine einfache Erklärung des Zustandekommens sozialer Ungleichheit von Gesundheit. Wahrscheinlich ist die Erklärung aber zu einfach. Denn indem frühe Risikofaktoren mit späteren Erkrankungen im Erwachsenenleben assoziiert werden, bleibt die dazwischen liegende Lebensphase weitgehend ausgeblendet.¹²¹ Das ist insofern problematisch, als die Mehrzahl der chronisch degenerativen Erkrankungen eine multikausale Entstehungsgeschichte hat. Das heißt, dass in der Regel nicht ein einzelner Risikofaktor als Ursache – etwa eines späteren Herzinfarkts – auszumachen ist, sondern dass über einen langen Zeitraum hinweg verschiedene Faktoren gleichzeitig oder in zeitlicher Sequenz wirken. Es ist daher nicht sehr wahrscheinlich, dass frühe Risikofaktoren in großem Umfang *alleine* für spätere chronische Erkrankungen verantwortlich sind. Insofern muss das Modell um weitere Risiken im Lebenslauf ergänzt werden.

Nun ist bei Kindern aus Elternhäusern mit einfacher Schulbildung, einem niedrigen Einkommen oder geringerem beruflichen Status die Wahrscheinlichkeit hoch, auch als Erwachsene einer sozial benachteiligten Schicht anzugehören.¹²² Aus Sicht der gesundheitlichen Lebenslaufforschung ist dieser Punkt insofern bedeutsam, als soziale Benachteiligung in jedem einzelnen Lebensabschnitt mit bestimmten gesundheitlichen Risiken oder

Chancen einhergeht.¹²³ Das gilt auch für das Erwachsenenalter selber, denn angefangen vom ungesunden Lebensstil bis hin zu gesundheitsgefährdenden Berufen sind viele Risikofaktoren, die in diesem Alter auftreten, sozial ungleich verteilt.

Der Weg zu sozial ungleichen Gesundheitsbelastungen führt also noch über weitere Stationen, die aber jeweils miteinander zusammenhängen. Im ungünstigsten Fall addieren sich die Belastungen verschiedener Lebensstationen, und im Ergebnis steht eine regelrechte „Belastungskarriere“. Da Kinder aus unteren sozialen Schichten nicht nur ein höheres Risiko für frühe Schädigungen haben, sondern auch in späteren Lebensphasen häufiger sozial vermittelten gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, kann es mit der Zeit zu einer Ansammlung von Risiken kommen. Es wird daher von einem „Kumulationsmodell“ oder einem Modell der „Risikoketten“ gesprochen. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Raucherkarriere: Wie oben erwähnt, ist das Risiko, bereits im Mutterleib zum Passivraucher zu werden, für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Schichten erhöht. Damit ist die Basis für weitere Risikofaktoren gelegt: Diese reichen von der Belastung durch Passivrauchen im Säuglings- und Kindesalter über einen frühen Beginn der eigenen Raucherkarriere bis hin zur Schwierigkeit, das Rauchen im Erwachsenenalter wieder aufzugeben.

Welche Folgen eine Kumulation von Risiken haben kann, zeigen verschiedene Studien, in denen die soziale Stellung der Studienteilnehmer zu verschiedenen Lebensphasen erfasst und mit Krankheiten in Beziehung gesetzt wurde. Die *Tabelle* zeigt ein Beispiel, das aus der amerikanischen Alameda County Study stammt. Dort ist die Sterbewahrscheinlichkeit in einem Zeitraum von 29 Jahren in Abhängigkeit vom Sozialstatus zu drei Zeitpunkten dargestellt. Es wurde jeweils bestimmt, welcher sozialen Schicht die Befragten in der Kindheit (Beruf des Vaters), der Jugend (eigener Schulabschluss) und als Erwachsener (Einkommen) angehören. Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Unterschied: Personen, die zu mindestens zwei Zeitpunkten der niedrigsten Schicht angehörten, hatten das höchste Ster-

¹²¹ Vgl. hierzu auch C. Power/D. Kuh (Anm. 7); N. Dragano/J. Siegrist (Anm. 18).

¹²² Vgl. Reinhard Pollak, Soziale Mobilität, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Datenreport 2004, Bonn 2004.

¹²³ Vgl. C. Power/D. Kuh (Anm. 7).

berisiko, Personen, die zu mindestens zwei Zeitpunkten der höchsten Schicht angehören, das niedrigste.

Die Kumulation von Risiken über den Lebenslauf ist demnach eine weitere Möglichkeit der sozialen Vermittlung von Krankheit und Sterblichkeit. Allerdings ist das Kumulationsmodell nicht bloß als eine beliebige Aneinanderreihung von sozial ungleichen Risiken zu sehen. Vielmehr gibt es auch zahlreiche Wechselwirkungen zwischen sozialen Faktoren, Risikofaktoren und Krankheiten.¹²⁴

Tabelle: Sterbewahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von der Sozialschicht im Lebenslauf (Alter der Studienteilnehmer zu Beginn: 36 – 45 Jahre)²⁵

	Sterbewahrscheinlichkeit im Beobachtungszeitraum in Prozent	
	Männer	Frauen
Höchste Sozialschicht zu mind. zwei Zeitpunkten	18,9 Prozent	12,8 Prozent
Kombinationen aus hoher und niedriger Schicht	30,1 Prozent	25,5 Prozent
Niedrigste Sozialschicht zu mind. zwei Zeitpunkten	35,1 Prozent	35,8 Prozent

Ein wichtiger Aspekt ist etwa die gesundheitsbedingte Selektion. Damit wird ein Prozess bezeichnet, bei dem eine Erkrankung – oder Schädigung –, die zu einem bestimmten Zeitpunkt auftritt, den sozialen Status in einer darauf folgenden Lebensphase beeinflusst. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die kognitive Entwicklung eines Kindes aufgrund eines ungünstigen sozialen Umfeldes gestört ist, das Kind aus diesem Grund nur einen niedrigen Schulabschluss erreicht, der später in einen unqualifizierten Beruf mit entsprechend hohen gesundheitlichen Risiken mündet. Aus der Forschung gibt es zudem Berichte darüber, dass auch die soziale Mobilität selbst einen Einfluss haben kann. So gibt

¹²⁴ Vgl. C. Power/D. Kuh (Anm. 7).

¹²⁵ Vgl. Gavin Turrell/John W. Lynch/Claudia Leite/Trivellore Raghunathan/George A. Kaplan, Socioeconomic disadvantage in childhood and across the life course and all-cause mortality and physical function in adulthood: evidence from the Alameda County Study, in: Journal of Epidemiology and Community Health, 61 (2007), S. 723–730.

es Studien, die zeigen, dass soziale Abstiege negative Gesundheitswirkungen haben können.

Wechselwirkungen sind auch deshalb bedeutsam, weil bestimmte Risiken gewissermaßen miteinander interagieren können. Mit Interaktion ist dabei ein Zusammenwirken von zwei und mehr Faktoren gemeint, das entweder dazu führt, dass sich Risiken überproportional gegenseitig verstärken oder dass sie – im Gegenteil – abgeschwächt werden. Dabei können unterschiedliche Bereiche interagieren. Ein Beispiel, das auch deshalb interessant ist, weil es einen direkten Bezug zur Prävention früher gesundheitlicher Belastungen hat, veranschaulicht dies: Debbie A. Lawlor und Mitarbeiter berichten aus einer schottischen Geburtskohortenstudie, dass die soziale Stellung während der Kindheit zwar einen starken Einfluss auf gesundheitsschädigendes Verhalten (hier: Alkoholmissbrauch, Rauchen, Übergewicht) hat, sich die Wirkung frühkindlicher Benachteiligung aber signifikant abschwächt, wenn die betroffenen Kinder später eine hohe Schulbildung erhalten.¹²⁶

Prävention im Lebenslauf

Diese so genannte „Effektmodifikation“ verweist nochmals auf die vielfache Verschränkung gesundheitlicher und sozialer Entwicklungen im Lebenslauf. Zwar ist davon auszugehen, dass bisher nur ein kleiner Teil der tatsächlich existierenden Zusammenhänge aufgedeckt worden ist. Aber die bisherigen Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Lebenslaufforschung zeigen doch recht deutlich, dass soziale Benachteiligung fortwirkt und dass diese auch nach Jahrzehnten noch die Gesundheit prägen kann.

Auf Basis dieser Erkenntnis können Schlussfolgerungen für die Prävention gezogen werden: Wenn es darum geht, gesundheitliche Ungleichheit zu verhindern, sind sozial benachteiligte Eltern und deren Kinder

¹²⁶ Vgl. Debbie A. Lawlor/David Batty/Susan M. Morton/Heather Clark/Sally Macintyre/David A. Leon, Childhood socioeconomic position, educational attainment, and adult cardiovascular risk factors: the Aberdeen children of the 1950s cohort study, in: American Journal of Public Health, 95 (2005), S. 1245–1251.

eine besonders vielversprechende Zielgruppe, weil jeder Erfolg nicht nur unmittelbar die Gesundheit, sondern auch die langfristige Prognose der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder verbessert. Die Maßnahmen könnten ganz unterschiedlicher Natur sein und von Aufklärungsangeboten bis zur gezielten persönlichen Betreuung gefährdeter Mütter während der Schwangerschaft reichen.

Vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse ist aber auch festzuhalten, dass eine Politik, die die soziale und ökonomische Lage von Familien verbessert, als Präventionspolitik bezeichnet werden könnte. Weiterhin zeigen Studien wie die von Lawlor, dass der Schulbildung eine wichtige vermittelnde Rolle zufällt. Dies sollte eine zusätzliche Motivation dafür sein, die nach wie vor schlechten Bildungschancen von Kindern aus unteren sozialen Schichten konsequent zu verbessern.

Christine Hagen · Bärbel-Maria Kurth

Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter

Parallel zu den Prozessen gesellschaftlicher Modernisierung und der zunehmenden Vielfalt von Lebens- und Familienformen vollzieht sich ein Wandel der gesellschaftlichen Sicht auf Trennungen und Scheidungen. Die idealisierte „Normalfamilie“ mit einer auf Lebenszeit verbundenen Partnerschaft scheint immer häufiger einem komplexen Arrangement von „Patchworkfamilien“ zu weichen. Mit einem Wandel der Beziehungs- und Lebensformen von Erwachsenen verändern sich zwangsläufig auch die familiären Lebenswelten vieler Kinder. In der Folge leben von den insgesamt 14,4 Millionen Minderjährigen in Deutschland im Jahr 2005 15 Prozent in Einelternfamilien.¹

Auch wenn ein Teil der Kinder von vornherein bei nur einem Elternteil lebt, ist der häufigste Grund für das Aufwachsen in einer Einelternfamilie die Trennung oder Scheidung der Eltern, die den Kindern eine Anpassung an veränderte Lebensbedingungen abverlangt. Der Alltag in der Familie muss grundsätzlich neu organisiert werden, oftmals wird ein Wechsel des Wohnortes sowie von Schule oder Kindergarten erforderlich, häufig ändert sich der Umfang der elterlichen Berufstätigkeit, und der finanzielle Spielraum des Haushaltes wird fast zwangsläufig enger.² Außerdem geht die

Christine Hagen

Dr. rer. pol., geb. 1968; Wiss. Mitarbeiterin im Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut, Seestr. 10, 13353 Berlin. C.Hagen@rki.de

Bärbel-Maria Kurth

Dr. rer. nat., geb. 1954; Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut, Seestr. 10, 13353 Berlin. B.Kurth@rki.de

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden 2006.

² Vgl. Hans-Jürgen Andreß, Wenn aus Liebe rote Zahlen werden. Über die wirtschaftlichen Folgen von

Trennung der Eltern häufig mit Auseinandersetzungen und Konflikten einher, die von vielen Kindern über Stimmungsschwankungen der Eltern und damit verbundene Auswirkungen auf den elterlichen Erziehungsstil erlebt werden.¹³

Es stellt sich die Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen einer Trennung und den damit verbundenen psychosozialen Belastungen von Kindern. Antworten auf diese Frage soll ein Vergleich der gesundheitlichen Risiken von Kindern in Ein- und Zweielternfamilien auf Datenbasis des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) geben. Um die Ergebnisse der KiGGS-Studie einordnen zu können, wird vorab der bisherige Forschungsstand umrissen. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion möglicher Ansatzpunkte für eine an dieser besonderen Zielgruppe orientierten Sozial- und Gesundheitspolitik.

Folgen von Trennung und Scheidung

Ob und inwieweit die Trennung oder Scheidung der Eltern für die Kinder mit psychosozialen Belastungen und Stressreaktionen einhergehen, hängt entscheidend von der Beziehung zu dem Elternteil ab, bei dem die Kinder leben. Gelingt es den alleinerziehenden Eltern, ein stabiles und vertrauensbasiertes familiäres Umfeld zu erhalten oder neu zu schaffen, wirkt dies negativen Folgen für die Kinder entgegen.¹⁴ Ein stabiles familiäres Umfeld nach einer Trennung aufzubauen, stellt für sich genommen für Alleinerziehende eine Herausforderung dar. Hinzu kommen häufig Konflikte unter anderem um das Sor-

Trennung und Scheidung, in: ISI, 31 (2004), S. 1–5 (ISI = Informationsdienst soziale Indikatoren)

¹³ Vgl. Ralf Bohrhardt, Vom ‚broken home‘ zur multiplen Elternschaft. Chancen und Erschwernisse kindlicher Entwicklung in diskontinuierlichen Familienbiografien, in: Hans Bertram/Helga Krüger/C. Katharina Spieß (Hrsg.), Wem gehört die Familie der Zukunft? Expertisen zum 7. Familienbericht der Bundesregierung, Opladen 2006, S. 169–188.

¹⁴ Vgl. Sabine Walper, Einflüsse von Trennung und neuer Partnerschaft der Eltern. Ein Vergleich von Jungen und Mädchen in Ost- und Westdeutschland, in: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 22 (2002), S. 25–46; Valerie King/Juliana M. Sobolewski, Nonresident Fathers' Contributions to Adolescent Well-Being, in: Journal of Marriage and Family, 68 (2006), S. 537–557.

gerecht, im Hinblick auf Unterhaltszahlungen und schlechte Erwerbschancen von vor allem alleinerziehenden Müttern. Auch bei guter beruflicher Qualifikation gestaltet sich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie schwierig, weil es oftmals keine Möglichkeiten der Kinderbetreuung und flexiblen Beschäftigung gibt. Entsprechend hoch ist der Anteil der alleinerziehenden Mütter, die geringfügig beschäftigt oder arbeitslos sind.¹⁵ Die Folge ist häufig eine angespannte finanzielle Situation: Das Armutsrisiko alleinerziehender Frauen liegt mit 35 Prozent deutlich über dem des Bevölkerungsdurchschnitts (13,5 Prozent).¹⁶

Die hohen Anforderungen, denen sich alleinerziehende Mütter gegenübersehen, schränken ihren Handlungsspielraum massiv ein. Das hängt auch mit dem schwierigen Zeitmanagement zusammen, das sich häufig zu Ungunsten der Kinder gestaltet, die gerade in der ersten Zeit nach der Scheidung oder Trennung der Eltern ein hohes Maß an Zuwendung und Unterstützung benötigen. Diese Diskrepanz zwischen der starken Beanspruchung der Mutter und dem gesteigerten Unterstützungsbedürfnis der Kinder wird als die Hauptursache für Belastungen des Familien- und Erziehungsklimas angesehen.¹⁷ Empirische Studien weisen vor allem in den ersten beiden Jahren nach der Scheidung oder Trennung der Eltern auf Stressreaktionen und Beeinträchtigungen der psychosozialen Gesundheit der Kinder hin. Diese äußern sich etwa in Verunsicherungen und Ängsten, psychischen und Verhaltensauffälligkeiten sowie

¹⁵ Vgl. Norbert F. Schneider, Alleinerziehen – soziologische Betrachtungen zur Vielfalt und Dynamik einer Lebensform, in: Jörg M. Fegert/Ute Ziegenhain (Hrsg.), Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland, Weinheim–Basel–Berlin 2003.

¹⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Lebenslagen in Deutschland. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005.

¹⁷ Vgl. Matthias Franz/Herbert Lensche, Allein erziehend – allein gelassen? Die psychosoziale Beeinträchtigung allein erziehender Mütter und ihrer Kinder in einer Bevölkerungsstichprobe, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 49 (2003), S. 115–138; Sabine Walper, Kontextmerkmale gelingender und misslingender Entwicklung von Kindern in Einelternfamilien, in: J. M. Fegert/U. Ziegenhain (Anm. 5).

in schulischen Problemen und Beziehungskonflikten.⁸

Die unterschiedlichen Entwicklungskontexte müssen überdies vor dem Hintergrund des Alters und Entwicklungsstandes der Kinder gesehen werden. Kinder im Alter bis zu zehn Jahren verstehen aufgrund ihrer noch nicht entwickelten kognitiven Fähigkeiten nicht, dass die elterlichen Konflikte allein in der Paarbeziehung ihrer Eltern begründet sein können und geben sich oft selbst die Schuld für die Trennung der Eltern. Gerade in dieser Altersgruppe, in der eine verständnisvolle Unterstützung der Eltern besonders wichtig für die Kinder wäre, berichten alleinerziehende Mütter häufiger über Erziehungsschwierigkeiten und beurteilen ihren Erziehungsstil eher als autoritär im Vergleich zu alleinerziehenden Müttern mit älteren Kindern.⁹

Das Aufwachsen mit einem alleinerziehenden Elternteil kann jedoch auch Entwicklungschancen für die Kinder eröffnen. Wenn die Konflikte zwischen den Partnern heftig sind, kann eine Trennung der Eltern ein Ausweg aus einer bereits längeren Phase psychischer Belastung der betroffenen Kinder sein. Werden Kinder aus Trennungsfamilien instrumentalisiert, so kann sich ein verminderter Kontakt zum abwesenden Elternteil für deren Belastungsempfinden günstig auswirken.¹⁰ Entwicklungsgewinne zeigen sich vor allem bei jenen Kindern, die geringe Belastungen in der Vortrennungszeit erlebt haben, die gut sozial integriert sind und bei denen durch eine konstruktive Auseinandersetzung mit den trennungsbedingten Anforderungen die Kompetenzentwicklung befördert wird.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Lebenssituationen lässt sich festhalten,

⁸ Vgl. Gabriele Gloger-Tippelt/Lilith König, Die Einelternerfamilien aus der Perspektive von Kindern. Entwicklungspsychologisch relevante Befunde unter besonderer Berücksichtigung der Bindungsforschung, in: J. M. Fegert/U. Ziegenhain (Anm. 5); S. Walper (Anm. 4).

⁹ Vgl. Olaf Reis/Bernhard Meyer-Probst, Scheidung der Eltern und Entwicklung der Kinder. Befunde der Rostocker Längsschnittstudie, in: Sabine Walper/Beate Schwarz (Hrsg.), Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien, München 1999, S. 49–71.

¹⁰ Vgl. S. Walper (Anm. 4); V. King et al. (Anm. 4).

dass allgemeingültige Aussagen über den Gesundheitszustand von Kindern in Einelternerfamilien nicht formuliert werden können. Es ist davon auszugehen, dass diese Kinder stärkeren Anforderungen und Belastungen ausgesetzt sind als jene in Paarbeziehungen. Ob und inwieweit es jedoch in Folge einer Trennung zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Kinder kommt, soll im Folgenden ein empirischer Vergleich der Gesundheitsrisiken von Kindern in Ein- und Zweielternerfamilien auf Basis des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys zeigen.

Die KiGGS-Studie

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts werden bundesweit repräsentative Informationen zu vielen wichtigen Facetten der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bereitgestellt. Aufgrund seines großen Stichprobenumfangs ermöglicht der KiGGS tief gegliederte Analysen, auch für spezifische Bevölkerungsgruppen wie Kinder in Einelternerfamilien. An der Studie, die vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert wurde, haben zwischen Mai 2003 und Mai 2006 insgesamt 17 641 Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren sowie deren Eltern teilgenommen.¹¹ Zu den Themenschwerpunkten der Befragung zählten die körperliche und psychische Gesundheit, das subjektive Befinden, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung. Zudem gab es noch ein ärztliches Interview und eine medizinische Untersuchung der Kinder und Jugendlichen.¹²

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und Gesundheitsrisiken von Kindern wird in diesem Beitrag der Schwerpunkt auf die Gesundheit von Drei- bis Zehnjährigen in Ein- und Zweielternerfamilien gelegt.¹³ Bei der In-

¹¹ Vgl. Bärbel-Maria Kurth, Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (2007), S. 533–546.

¹² Zum gesamten Erhebungsprogramm von KiGGS vgl. ebd.

¹³ Die Analysen bleiben aufgrund der geringen Anzahl alleinerziehender Väter auf Kinder allein-

Tabelle 1: Anteil der drei- bis zehnjährigen Jungen und Mädchen in Ein- und Zweielternfamilien mit psychischen und Verhaltensauffälligkeiten (in Prozent)

	Jungen				Mädchen			
	in Einelternfamilien		in Zweielternfamilien		in Einelternfamilien		in Zweielternfamilien	
	%	[95-KI]	%	[95-KI]	%	[95-KI]	%	[95-KI]
Emotionale Probleme	16,9	[12,3–22,8]	7,5	[6,5–8,7]	15,9	[11,8–21,2]	7,1	[6,1–8,3]
Verhaltensprobleme	27,8	[22,4–34,0]	16,8	[15,6–18,0]	19,3	[15,1–24,3]	10,8	[9,5–12,3]
Hyperaktivität	20,7	[16,0–26,4]	10,5	[9,3–11,8]	12,2	[8,8–16,8]	5,0	[4,2–5,9]
Peer-Probleme	17,0	[12,8–22,2]	10,5	[9,4–11,7]	14,8	[11,5–18,7]	7,4	[6,5–8,4]
Gesamtproblemwert	18,9	[14,4–24,4]	7,5	[6,6–8,5]	12,5	[9,3–16,6]	3,8	[3,1–4,5]

Gruppenunterschiede mit 95 %-Konfidenzintervallen [95-KI], die sich nicht überschneiden, werden als statistisch signifikant gewertet.

Datenbasis: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003–2006.

terpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich zumeist um die elterliche Einschätzung des Gesundheitszustandes der Kinder handelt und diese nicht nur vorhandene Beschwerden der Kinder, sondern auch gesundheitsbezogene Einstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen der Eltern widerspiegelt. Andere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass Mütter, die ihre Lebenssituation als belastend wahrnehmen, das Verhalten ihrer Kinder häufiger als abweichend beurteilen.¹⁴ Bedeutsam für die Wahrnehmung von Verhaltensauffälligkeiten scheint dabei weniger die objektive soziale Lage der Eltern als deren subjektive Wahrnehmung von sozialen oder finanziellen Problemen zu sein.

Ausgewählte Ergebnisse der KiGGS-Studie

Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass sowohl in Zwei- als auch in Einelternfamilien ein Großteil der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut bewertet. Nach Einschätzung der Eltern

erziehender Mütter beschränkt. Die Vergleichsgruppe wird durch Kinder gebildet, die mit beiden leiblichen Eltern aufwachsen.

¹⁴ Vgl. Sonja Arnholf-Kerri/Jürgen Collatz, Besteht bei Müttern ein Zusammenhang zwischen psychischem Befinden, negativen Stressverarbeitungsstrategien und der Wahrnehmung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder, in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 72 (2006), S. 165–171; Stefanie Sperlich/Jürgen Collatz, Ein-Elternschaft – eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder, in: ebd., S. 127–137.

haben 95 Prozent der Kinder in Zweielternfamilien eine gute und sehr gute Gesundheit; in Einelternfamilien wird der Gesundheitszustand der Kinder zu 93 Prozent als gut und sehr gut bewertet.

Wesentlich größere Unterschiede zwischen Kindern in Ein- und Zweielternfamilien sind festzustellen, wenn die Eltern nach psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder befragt werden. In der KiGGS-Studie wurde mit dem *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) ein Instrument eingesetzt, das Hinweise auf emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen liefert.¹⁵

Es zeigt sich, dass Alleinerziehende die Probleme ihrer Kinder in allen vier Problembereichen signifikant häufiger als auffällig einstufen als Eltern in partnerschaftlichen Familien (Tabelle 1).¹⁶ Hervorzuheben ist darüber hinaus, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen nach Beurteilung ihrer Eltern grö-

¹⁵ Die Eltern beantworteten insgesamt 25 Fragen zu den genannten Bereichen sowie zu prosozialem Verhalten ihrer Kinder. Durch die Addition der vier Problemskalenwerte kann ein Gesamtproblemwert berechnet werden. Für den Gesamtproblemwert und die einzelnen Skalen wurden anhand von Cut-Off-Werten die Kinder als „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ klassifiziert. Vgl. Heike Hölling et al., Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (2007), S. 784–793.

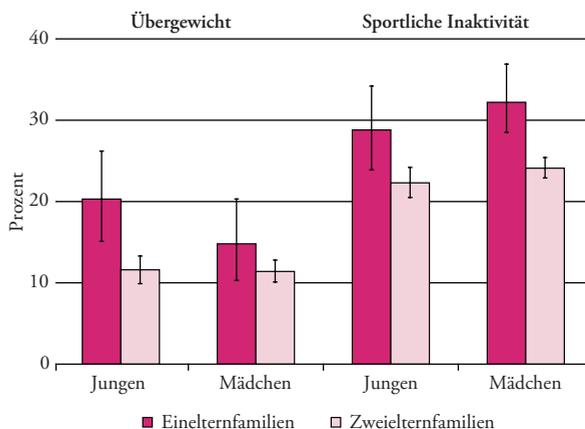
¹⁶ Multivariate Analysen zeigen, dass der Einfluss der Lebensform in den dargestellten Ergebnissen auch unter Berücksichtigung des Alters der Kinder gleich signifikant bleibt.

ßere Probleme in allen genannten Bereichen aufweisen, und zwar sowohl in Ein- als auch in Zweielternfamilien. Betrachtet man allerdings das Chancenverhältnis für das Auftreten der Probleme der Kinder zwischen Ein- und Zweielternfamilien, stellt sich das Geschlechterverhältnis anders dar. Diesbezüglich lässt sich festhalten, dass die Differenz zwischen Mädchen in Ein- und Zweielternfamilien in allen Problembereichen größer eingeschätzt wird als bei Jungen. Aus Sicht der Eltern haben Mädchen zwar insgesamt weniger häufig psychische Probleme oder weisen Verhaltensauffälligkeiten auf, der Zusammenhang zwischen der familiären Lebensform und dem Vorkommen der Auffälligkeiten ist jedoch ausgeprägter als bei Jungen.

Zur Verbreitung von Übergewicht bei Kindern konnten für Deutschland bislang keine verlässlichen Angaben gemacht werden. In der KiGGS-Studie ist dies auf Basis von Messwerten zu Körpergewicht und Körpergröße möglich.¹⁷ Demnach sind knapp 18 Prozent der Drei- bis Zehnjährigen in Einelternfamilien und nahezu 12 Prozent der Kinder in Zweielternfamilien übergewichtig oder adipös. Auffällig sind hier wiederum die geschlechtsspezifischen Unterschiede (*Abbildung*): Während in Familien mit partnerschaftlicher Lebensform Übergewicht bei Jungen und Mädchen mit einem Anteil von rund 12 Prozent gleich stark verbreitet ist, sind Jungen in alleinerziehenden Haushalten mit 20 Prozent im Vergleich zu Mädchen mit 15 Prozent besonders stark betroffen. Dieser Befund deutet darauf hin, dass Jungen in Einelternfamilien signifikant häufiger übergewichtig oder adipös sind und auch der Zusammenhang zwischen der familiären Lebensform und Übergewicht stärker ausgeprägt ist als bei Mädchen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Kinder aus Einelternfamilien seltener Sport treiben (*Abbildung*). Bei Mädchen ist dieser Unterschied noch deutlicher ausgeprägt als bei Jungen. Eine altersdifferenzierte Betrachtung

Abbildung: Anteil der 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen in Ein- und Zweielternfamilien mit sportlicher Inaktivität bzw. Übergewicht oder Adipositas



Sportliche Inaktivität: seltener als einmal die Woche sportlich aktiv.

Datenbasis: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003–2006.

weist ferner auf deutliche Unterschiede bei den sieben- bis zehnjährigen Jungen hin: 25 Prozent der Jungen in alleinerziehenden im Vergleich zu 14 Prozent der Jungen in partnerschaftlichen Haushalten treiben seltener als einmal in der Woche Sport. Diese Unterschiede zeigen sich vor allem beim Vereinssport, während sich die sportliche Betätigung außerhalb eines Vereins bei Kindern in Ein- und Zweielternfamilien ähnlich darstellt. Eine Erklärungsmöglichkeit hierfür könnten geringe materielle und zeitliche Ressourcen der Ein- im Vergleich zu Zweielternfamilien sein.

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde im Rahmen von KiGGS der KINDL-R-Fragebogen eingesetzt, der sich in epidemiologischen Untersuchungen bereits als Lebensqualitäts-Screening-Instrument bewährt hat. Im Rahmen der Untersuchung sind den Eltern 24 Fragen zur Lebensqualität ihrer Kinder gestellt worden. Insgesamt wurden sechs Dimensionen der Lebensqualität berücksichtigt, die in Form von ausgewählten Items in *Tabelle 2* abgebildet sind.¹⁸

¹⁷ Vgl. Bärbel-Maria Kurth/Angelika Schaffrath-Rosario, Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys, in: Bundesgesundheitsblatt (Anm. 15), S. 736–743.

¹⁸ Vgl. Ulrike Ravens-Sieberer/Ute Ellert/Michael Erhart, Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), in: ebd., S. 810–818.

Tabelle 2: Anteil der 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen in Ein- und Zweielternfamilien bezüglich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (in Prozent)

	Jungen				Mädchen			
	in Einelternfamilien		in Zweielternfamilien		in Einelternfamilien		in Zweielternfamilien	
	%	[95-KI]	%	[95-KI]	%	[95-KI]	%	[95-KI]
Körper: sich krank fühlen (manchmal/oft/ immer)	18,5	[14,5–23,4]	14,9	[13,3–16,6]	19,6	[15,1–25,1]	15,4	[13,8–17,1]
Emotion: sich alleine fühlen (manchmal/oft/ immer)	16,3	[12,2–21,4]	7,8	[6,9–8,8]	20,9	[16,5–25,9]	7,8	[6,8–8,9]
Selbstwert: sich in seiner Haut wohlfühlen (manchmal/selten/ nie)	21,2	[16,6–26,6]	11,4	[10,3–12,6]	14,2	[10,5–19,0]	9,3	[8,2–10,6]
Familie: sich gut mit Eltern verstehen (manchmal/selten/ nie)	15,6	[11,6–20,7]	8,8	[7,8–9,9]	11,8	[8,4–16,2]	7,2	[6,3–8,3]
Freunde: sich gut mit Freunden verstehen (manchmal/selten/ nie)	17,6	[13,3–22,9]	8,9	[7,8–10,0]	16,2	[12,0–21,5]	6,2	[5,3–7,2]
Kita/Schule: Probleme mit Aufgaben (oft/ immer)	17,0	[12,8–22,1]	10,3	[9,1–11,6]	12,1	[8,8–16,3]	6,3	[5,4–7,4]

Datenbasis: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003–2006.

Auf Basis der Einschätzung der Eltern zeigen sich in fast allen Lebensbereichen erhebliche Differenzen zwischen Kindern in Ein- und Zweielternfamilien, allein die Unterschiede der elterlichen Aussagen zum körperlichen Wohlbefinden ihrer Kinder fallen vergleichsweise gering aus und sind nicht signifikant. Im Geschlechtervergleich zeigen den Elternangaben zufolge Jungen in fast allen Bereichen höhere Anteile als Mädchen. Lediglich der emotionale Bereich wird von alleinerziehenden Müttern bei ihren Töchtern als vergleichsweise problematisch eingeschätzt: 21 Prozent der Mädchen und 16 Prozent der Jungen in Einelternfamilien fühlen sich nach Einschätzung ihrer Mütter mindestens manchmal alleine. Bei Jungen in Einelternfamilien ist besonders das Selbstwertgefühl belastet. Auch die familiären Probleme sowie die Probleme mit Aufgaben in der Kita oder Schule scheinen aus Sicht der alleinerziehenden Mütter bei Söhnen stärker als bei Töchtern ins Gewicht zu fallen. Probleme mit Gleichaltrigen werden von den Alleinerziehenden hingegen sowohl bei ihren Söhnen als auch bei ihren Töchtern als vergleichsweise hoch eingeschätzt.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Lebensbedingungen der Ein- als auch der Zweielternfamilien stellt sich die Frage, ob bzw. wie die gesundheitliche Situation der Kinder durch weitere Merkmale der Lebenslage beeinflusst wird. Hinsichtlich psychischer und Verhaltensprobleme lassen sich auf der

Grundlage der KiGGS-Daten vor allem für die Schulbildung der Mutter und die Wohnregion bedeutsame Effekte feststellen. Bei Müttern mit niedriger Schulbildung sind die Unterschiede zwischen Kindern aus Ein- und Zweielternfamilien größer als bei Müttern mit einem höheren Schulabschluss. Bemerkenswert sind darüber hinaus die geringen und nicht signifikanten Unterschiede bezüglich der Einschätzung psychischer Probleme und Verhaltensauffälligkeiten zwischen Ein- und Zweielternfamilien in den ostdeutschen im Vergleich zu westdeutschen Bundesländern. Diese Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sind nicht zuletzt vor dem unterschiedlichen Selbstverständnis und Erfahrungshintergrund der Mütter und deren Belastungserfahrungen zu interpretieren.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) haben gezeigt, dass sich bereits im Kindesalter ein Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen und der sozialen Situation feststellen lässt. Vor allem die psychosoziale Situation der Kinder wird von alleinerziehenden Müttern in vielen Bereichen als problematischer eingeschätzt als von Eltern in partnerschaftlichen Beziehungen. Auffällig sind insbesondere geschlechtsspezifische Unterschiede: Es wurde deutlich, dass Jungen in fast allen untersuchten Berei-

chen nach Einschätzung der Eltern größere Probleme haben als Mädchen. Obgleich die Mädchen bezüglich der psychischen und Verhaltensprobleme eine niedrigere Betroffenheit aufweisen, sind die Differenzen zwischen den Mädchen in Ein- und Zweielternfamilien größer als bei den Jungen. Insofern scheint hier die soziale Situation vor allem bei Mädchen einen größeren Effekt zu haben. Diese Ergebnisse erweitern den Blick auf geschlechtsspezifische Unterschiede, da in bisherigen Untersuchungen insbesondere bei Jungen auf den Zusammenhang zwischen Ein-Elternschaft und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten verwiesen wurde.¹⁹ Als moderierende Einflüsse wirken bei psychischen und Verhaltensproblemen der Kinder vor allem die Schulbildung der Mutter sowie die Wohnregion.

Vor dem Hintergrund der vor allem psychosozialen Ungleichheiten von Kindern in unterschiedlichen Lebensformen sollten politische Interventionen nicht nur auf die Stärkung der familiären Ressourcen gerichtet sein, sondern es sollten auch direkte Unterstützungsangebote für belastete Kinder geschaffen werden. Alleinerziehende können meist weniger familieninterne Ressourcen mobilisieren als partnerschaftliche Familien. Sinnvoll wäre eine Unterstützung, nicht allein durch vermehrte finanzielle staatliche Transferzahlungen oder steuerrechtliche Entlastungen, sondern insbesondere auch durch ein bedarfsgerechtes Angebot flexibler Arbeitsverhältnisse und Karrieremodelle in Verbindung mit einem dichten Netz alltagserleichternder Betreuungs- und Versorgungsinfrastruktur. Eine „nachhaltige Familienpolitik“²⁰ funktioniert allerdings nur, wenn die Bedürfnisse und die Anliegen der einzelnen Familienmitglieder als Ausgangspunkt genommen werden. Zukunftsweisend sind hier beispielsweise multifunktionale Ansätze integrierter Dienstleistungszentren für Familien, die neben institutioneller Betreuung und Tagespflegevermittlung etc. auch andere haushaltsnahe Dienstleistungen und zum Teil beruf-

qualifizierende Angebote anbieten.²¹ Zusätzlich wird hier eine enge Kooperation mit den betrieblichen Akteuren empfohlen. Zum Beispiel kann betriebsnahe qualifizierte Kinderbetreuung betriebliche Flexibilitätsanforderungen an die Beschäftigten und die Betreuung der Kinder von insbesondere alleinerziehenden Beschäftigten am ehesten in Übereinstimmung bringen.

Eine direkte Unterstützung von Kindern aus belasteten Trennungsfamilien ermöglichen Gruppeninterventionsprogramme, in denen die persönlichen Ressourcen für die Bewältigung der familiären Belastungen gefördert werden. Ziel entsprechender Interventionsmaßnahmen ist es unter anderem, eine elternunabhängige Perspektive der Kinder zu stärken.²² Um betroffene Kinder zu erreichen, sollten Konzepte und spezifische Zugangswege erprobt und entwickelt werden, die mögliche Ängste, Unsicherheiten und Überforderungen der Kinder berücksichtigen. Der Ausbildung niedrigschwelliger Angebote, die in das alltägliche Leben von Kindern integriert werden, kommt dabei eine übergeordnete Bedeutung zu. Die Förderung solcher gezielter Präventions- und Unterstützungsmaßnahmen kann nicht nur Leid von den betroffenen Kindern abwenden, sondern sich gleichzeitig hinsichtlich der psychosozialen Folgekosten massiv kostensparend auswirken. Schließlich sind gesunde und selbstbewusste Kinder die Zukunft unserer Gesellschaft.

¹⁹ Vgl. M. Franz/H. Lensche (Anm. 7); G. Gloger-Tippelt/L. König (Anm. 8).

²⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht, Berlin 2006.

²¹ Vgl. z. B. das Landesprojekt „Familienzentren“ in NRW.

²² Vgl. Wassilios E. Fthenakis, Gruppeninterventionsprogramm für Kinder mit getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern, Weinheim 1995.

Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit

„Es existiert [...] ein deutliches Missverhältnis zwischen der Bedeutung der eigentlichen Ursachen von Krankheit und Tod und der Verteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem“.¹ Der größte Teil der Ressourcen wird zur Behandlung von Krankheiten verwendet,

Ines Heindl

Dr. troph., 1990 bis 2000 Mitautorin des europäischen Kerncurriculums „Healthy eating for young people in Europe – a school based nutrition education guide“; seit 2003 beteiligt an der Reform zur Ernährungs- und Verbraucherbildung in Schulen (REVIS); Professorin an der Universität Flensburg, Institut für Ernährung und Verbraucherbildung, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg. ihindl@uni-flensburg.de

während maximal fünf Prozent der Gesundheitskosten in Maßnahmen der Primärprävention und vorbeugenden Gesundheitsförderung fließen.

Zusammenhänge und Hintergründe mehrerer Reformstufen im deutschen Gesundheitswesen verdeutlichen, dass Krankheiten, die eng mit dem Risikofaktor

„Übergewicht durch Überernährung“ verknüpft sind und die das Ergebnis von Genetik, Lebensstil und sozialem Umfeld der Menschen sind, epidemische Ausmaße angenommen haben.² Übermäßiges Essen und Trinken bei gleichzeitig schlechter Nahrungsqualität, körperliche Inaktivität, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum stehen im Mittelpunkt dieser Lebensstile, die zu den bekannten Zivilisationskrankheiten führen. Krankenkassen, deren Leistungskataloge in Deutschland auf dem Prinzip der Solidarität beruhen, werden nicht müde, darauf hinzuweisen, dass die Grenzen der Finanzierbarkeit erreicht seien; das Auftreten der „modernen“ chronischen Krankheiten (Herz- und Gefäßerkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Krebs) habe die

Krankheitslasten verschoben. Der jüngste deutsche Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 ist fünf Jahre alt. Ehemals als Erkrankungen des Alters angesehene Veränderungen treten heute bereits bei jungen Menschen auf, sie werden riskanten Lebensstilen (*Zusammenstellung 1*) bei gegebenenfalls schwierigen biologischen, sozialen und wirtschaftlichen Voraussetzungen zugeschrieben.

Zusammenstellung 1: Erklärungen für gesundheitlich riskante Lebensstile³

- (1) Es handelt sich um Auswirkungen einer Lentiproblematik, d.h. Langzeitproblematik: Folgen zeigen sich meist nicht unmittelbar, Schäden entstehen unmerklich in einem langsamen Prozess.
- (2) Risikoverhaltensweisen betreffen zentrale Lebensaktivitäten, wie Essen, Trinken, Bewegung, Sexualität, und sind unreflektierter Teil einer etablierten Alltagskultur.
- (3) Riskante Lebensstile haben kurzfristig positive, verstärkende Wirkung von Genuss und Spaß und erzeugen positive Gefühle, die sozial geteilt werden.
- (4) Es bestehen Auswirkungen eines „unrealistischen Optimismus“: Mir passiert schon nichts! Diese Haltung wird unterstützt durch autobiographische Erfahrungen: „Meine 90-jährige Tante hat ihr Leben lang geraucht!“
- (5) Stress führt zu riskanten Verhaltensweisen als Mittel der Bewältigung von psychischen Belastungen.

Vor diesem Hintergrund steht der Zusammenhang von Gesundheit und Ernährung, der meist als Gegenstand und Problem von Medizin und Ernährungswissenschaft behan-

¹ M. Richter/K. Hurrelmann, *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme und Perspektiven*, Wiesbaden 2006, S. 23. *Anmerkung der Redaktion*: Siehe auch den Beitrag der Autoren in dieser Ausgabe.

² Vgl. M. J. Müller/M. Mast/K. Langnase, Die „Adipositasepidemie“ – Gesundheitsförderung und Prävention sind notwendige Schritte zu ihrer Eingrenzung, in: *Ernährungs-Umschau*, 48 (2001) 10, S. 398–401.

³ Modifiziert nach T. Faltermaier, *Gesundheitspsychologie*, Stuttgart 2005.

delt wird, interdisziplinär auf dem Prüfstand. In dessen Rahmen wird nachfolgend argumentiert, dass lebensstilrelevante Bereiche der Gesundheit in den westlichen Ländern eine Frage von Kommunikation und Bildung sind.

Es ist nicht meine Absicht, den Reformideen von Gesundheitsexperten weitere Vorschläge hinzuzufügen. Ich möchte die Aufmerksamkeit vielmehr auf folgenden Aspekt der öffentlichen Diskussion richten: In Phasen tiefgreifender gesellschaftlicher Veränderungen, die von den an großzügige soziale Sicherungssysteme gewöhnten Menschen fast zu viel verlangen, zielen die Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien vornehmlich auf die Änderung individuellen Verhaltens. In dieser Lage erleben wir eine klassische Situation von Konfliktkommunikation, deren Bezüge und Abhängigkeiten Probleme auf verschiedenen Ebenen zutage fördern, welche die Menschen in guten Zeiten besser bewältigen können.

Gesundheit und Ernährungsgewohnheiten

Von den derzeit wichtigen Studien zur Analyse der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit, Fettsucht) in reichen Ländern⁴ untersucht die Kieler Studie seit 1996 in einer Längsschnitt- und drei Querschnittuntersuchungen die Gewichtsentwicklung von Kindern und Jugendlichen.

Erste Zwischenergebnisse zeigen deutlich:⁵

- Zurückgehend auf Daten von 1978 sind heute 23 Prozent der 5-bis 7-jährigen Kinder und 40 Prozent der 11-Jährigen übergewichtig.

⁴ Vgl. Kiel Obesity Prevention Study (KOPS), 1996 bis 2009; Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des RKI (KIGGS) Berlin 2003 bis 2006.

⁵ Vgl. M. J. Müller/M. Mast/K. Langnäse, Werden wir eine Gesellschaft der Dicken?, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, (2001) 28, S. 863–867; S. Danielzik, Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Kiel: Daten der ersten Querschnittuntersuchung der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS), Universität Kiel 2003 (Dissertation).

- Diese Kinder finden sich häufiger in Familien mit übergewichtigen Eltern, geringem Einkommen und niedrigem Sozialstatus (ermittelt aufgrund der Schulabschlüsse der Eltern).

- Dicke Kinder bewegen sich nicht gerne.

- Kinder aus den genannten Familien mit geringem Interesse an körperlichen Aktivitäten verbringen mehr inaktive Zeiten mit Fernsehen, Videos und Computern („Medienzeiten“). Dabei scheinen sie spezielle Essgewohnheiten zu entwickeln: Snacking von Süßigkeiten und fetthaltigen Knabberien, süßen Getränken, fetten, preisgünstigen Wurstwaren.

Jenseits dieser Hinweise zeigt die Kieler Studie keine generellen Bezüge zwischen der Nahrungsqualität und Adipositas.

Die Kieler Adipositaspräventionsstudie begnügt sich nicht mit der Datenerhebung, sie sucht auch nach Wegen einer niederschweligen Intervention und orientiert sich dabei an den beiden Settings Familie und Schule. Erste Zwischenergebnisse lassen Erfolge einer schulischen Intervention erkennen, die Inzidenzrate ist bei der zweiten Querschnittsuntersuchung leicht gesunken. Der gewählte Weg über die Familien scheint hingegen weniger hoffnungsvoll: Nicht mehr als 20 Prozent der Familien mit adipösen Kindern erklärten überhaupt ihre Bereitschaft zur Mitarbeit im Kampf gegen das Übergewicht ihrer Kinder. Beratungsangebote hatten jedoch in diesen Familien keinen positiven Effekt auf die Gewichtsentwicklung der Kinder.⁶

Kinder lernen verschiedene Ess- und Ernährungsstile in den sie prägenden sozialen Settings. Ausgehend von den Primärerfahrungen in Familien sind Institutionen der Erziehung und Bildung bestimmend, neben Personen und Gleichaltrigengruppen (Peers), zu denen Beziehungen aufgebaut werden und von denen Einflussnahmen akzeptiert werden. Wenn aus dicken Kindern dicke Erwachsene werden können, stehen wir angesichts einer adipogenen Umwelt in reichen Ländern

⁶ Vgl. M. J. Müller, Vortrag anlässlich der Tagung „McDonald & Co. – Wer trägt die Verantwortung“, Evangelische Akademie Tutzing, Dezember 2003.

(Zusammenstellung 2) vor Herausforderungen nie geahnten Ausmaßes, so dass Vertreter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) feststellen: „Adipositas beginnend im Kindesalter ist das drängendste Gesundheitsproblem in reichen Ländern.“¹⁷ Angesichts der steigenden Therapieresistenz mit zunehmendem Alter richtet sich die Herausforderung an eine frühzeitig beginnende und kontinuierliche Ernährungsbildung bzw. Primärprävention, mit dem Ziel, Essen zu lernen. In einer adipogenen Umwelt schlank, beweglich und gesund zu bleiben, trifft mitten ins Zentrum der Auswirkungen von sozialer Ungleichheit.

Zusammenstellung 2: Faktoren einer adipogenen Umwelt in reichen Ländern¹⁸

- Die Mengenproblematik: Billige Nahrung ist Tag und Nacht verfügbar.
- Der menschliche Stoffwechsel ist eher für Hungerszeiten ausgelegt als für exzessiven Nahrungskonsum.
- Der physiologische Nährstoffbedarf wird von psychosozialen Determinanten der Essbedürfnisse und -gewohnheiten überlagert.
- Essanlässe und -situationen werden durch die Medien zur Lebensstil- und Imagefrage umgedeutet.
- Betroffene suchen nach Wegen der Gewichtsreduktion ohne Anstrengung und Veränderung von Gewohnheiten („Wunderdiäten“).
- Beratungs- und Therapieangebote zur Gewichtsreduktion vermitteln eher implizit, dass Disziplin im Zentrum langfristiger Erfolge steht.
- Die wirtschaftlichen Interessen der Lebensmittelkonzerne unterwerfen sich dem ökonomischen Prinzip und nicht dem der sozialen Verantwortung.

¹⁷ Vgl. WHO, Obesity – preventing and managing the global epidemic, Genf 1998.

¹⁸ Vgl. I. Heindl, Gesundheit und soziale Zugehörigkeit – Probleme der Vermittlung in Bildung und Beratung, in: H. Hesecker (Hrsg.), Neue Aspekte der Ernährungsbildung, Frankfurt/M. 2005.

„Wer arm ist, ist seltener gesund und häufiger krank, geht bei Beschwerden später zum Arzt, erhält eine schlechtere Behandlung, wartet länger auf ein Krankenhausbett, bleibt länger im Krankenhaus, hat eine schlechtere Prognose und stirbt früher.“¹⁹ Weltweit scheinen Lebensstilanalysen zu bestätigen, dass Armut, niedriger Sozialstatus und Bildungsstand die Gesundheit der Menschen negativ beeinflussen. Vor allem Armutsstudien belegen beispielhaft für das Ess- und Bewegungsverhalten, dass der Graben zwischen Expertenempfehlungen und Laienverständnissen in den vergangenen 20 Jahren größer geworden ist.¹¹⁰

Gleichwohl halten Ernährungswissenschaftler und Mediziner an ihren Aufklärungsbotschaften fest und scheinen zu ignorieren, dass diese vor allem von Armut sowie niedrigem Sozial- und Bildungsstand betroffene Menschen nicht erreichen.

Armutslagen und Ernährungsprobleme in Deutschland

Reiche europäische Nationen – so auch die Bundesrepublik Deutschland – müssen sich seit Ende der achtziger Jahre mit dem Phänomen Armut auseinandersetzen. Dabei handelt es sich weniger um eine absolute Armut, das physische Überleben betreffend, sondern um die so genannte relative Armut, das heißt, es geht um Fragen eines menschenwürdigen Lebens. R. G. Wilkinson hat in seinem Buch „Unhealthy Societies“¹¹¹ herausgefunden, dass unter den hoch entwickelten Staaten nicht, wie vielleicht erwartet, die reichsten Staaten die gesündere Bevölkerung haben, sondern jene mit der geringsten Einkommensdifferenz zwischen arm und reich. Ungleichheit und relative Armut – so Wilkinson – haben in Bezug auf Morbidität und Mortalität absolute Effekte. Neben Einzelnernteilfamilien, Arbeitslosen, Familien mit mindestens drei Kindern und Per-

¹⁹ E. Feichtinger, Armut und Ernährung im Wohlstand: Topographie eines Problems, in: E. Barlösius u.a. (Hrsg.), Ernährung in der Armut – gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1995, S. 295. (Arbeitsgruppe Public Health)

¹¹⁰ Vgl. P. S. Belton/T. Belton (Eds.), Food, Science and Society – Exploring the gap between expert advice and individual behaviour, Berlin 2003.

¹¹¹ R. G. Wilkinson, Unhealthy societies – The afflictions of inequality, London–New York 1996.

sonen mit Migrationshintergrund sind vor allem Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 15 Jahren von Auswirkungen der Armut auf das Essverhalten und den Ernährungszustand betroffen.¹²

In der auflebenden Diskussion zur neuen Armut wird zwischen sozialer und materieller Ernährungsarmut unterschieden. *Soziale Ernährungsarmut* erlaubt es nicht, in einer gesellschaftlich akzeptierten Weise soziale Beziehungen aufzubauen, Rollen und Funktionen zu übernehmen, Rechte und Verantwortlichkeiten wahrzunehmen oder Sitten und Gebräuche einzuhalten, die jeweils im sozialen und kulturellen Umgang mit Essen in einer Gesellschaft zum Ausdruck kommen. *Materielle Ernährungsarmut* bedeutet, dass die Ernährung weder quantitativ noch in ihrer physiologischen und hygienischen Qualität den Bedarf decken, sei es durch einen Mangel an Mitteln zum Erwerb von Nahrung oder durch einen Mangel an Nahrung selbst.¹³

Aus verschiedenen Studien lassen sich erste Hinweise auf den Einfluss niedriger Einkommen (Sozialhilfeempfänger) auf die Lebensmittelauswahl zusammenfassen:

- Die Verzehrsmengen von magerem Fleisch und Fisch sind niedrig.
- Lebensmittel mit einem günstigen Preis-Mengen-Verhältnis wie Brot, Teigwaren, fetthaltige Kartoffelerzeugnisse, billige Streichfette und Wurstwaren werden in größeren Mengen verzehrt.
- Der Verzehr von frischem Obst und Gemüse ist eindeutig einkommensabhängig, d.h. arme Bevölkerungsgruppen weichen eher von nationalen und internationalen Empfehlungen ab als die wohlhabenden. Belton und Belton bestätigen für Großbritannien, dass Obst und Gemüse (Kampagne „5 helpings of fruit and vegetables a day“) für von Ernährungsarmut betroffene Menschen zu teuer sind.¹⁴
- Familien, die lange Zeit in Armut leben, schneiden im Vergleich zu jenen in kurzzeitiger Armut hinsichtlich der Einseitigkeit in der Auswahl und des zu hohen Fettgehalts der Nahrung noch deutlich schlechter ab.

¹² Vgl. I.U. Leonhäuser/S. Lehmkuhler: Ernährungsprobleme von Privathaushalten mit vermindertem Einkommen (Sozialhilfebezieher) – sozialökonomische und ernährungswissenschaftliche Aspekte, in: Lexikon der Ernährung, Bd. 1, Heidelberg 2001, S. 403–407; 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005.

¹³ Vgl. E. Feichtinger (Anm. 9).

¹⁴ Vgl. P. S. Belton/T. Belton (Anm. 10).

Abbildung 1: 5-am-Tag-Kampagne



Die Aufmerksamkeit, mit der sich die Gesellschaft gegenwärtig der Fehlernährung von Kindern und Jugendlichen zuwendet, ist beachtlich und erfährt eine breite Unterstützung durch neue Projekte und Publikationen. Die Konzepte und Materialien richten sich allerdings an Bevölkerungsgruppen und Bildungsschichten, die ohnehin oder eher für die Sachverhalte von Essstörungen, Übergewicht und Fehlernährung zu öffnen sind. Es bleibt daher die zentrale Frage, wie jene Bevölkerungsgruppen zu erreichen sind, die in den Statistiken über Essprobleme an der Spitze liegen, deren Fehlernährung durch Armut entsteht. Menschen, deren Alltagsbewältigung vor allem von Satt-werden-Können, Essen als Mittel gegen Frustration und Langeweile, fehlender persönlicher Zufriedenheit und sozialer Anerkennung bestimmt ist, scheinen sich den derzeit verbreiteten kompetenten Ratschlägen und Empfehlungen zu verschließen.

Vermittlungsmodelle gesunder Ernährung – Botschaften und Zielgruppen

Die Krankheitsfolgen im Nahrungsüberfluss reicher Länder haben beispielsweise zu Aufklärungskampagnen geführt, auf die sich die Ernährungsexperten weltweit verständigen konnten (*Abbildung 1*).

Die zentrale Botschaft der „5-am-Tag-Kampagne“, wonach fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag gegessen werden sollen, ist in ihrer kurzen inhaltlichen und bildlichen Aussage konzeptionell gelungen. Und dennoch ist sie ein Beispiel dafür, dass solche Aufklärungsbemühungen offensichtlich vor allen bei jenen Zielgruppen auf fruchtbaren Boden fallen, die bereits über ein gutes Ernährungswissen verfügen und in deren Lebensstil das gewünschte Verhalten passt.

Armutsstudien, die sich auf Fragen des Einkaufs- und Ernährungsverhaltens einkommensschwacher Haushalte konzentrieren,¹⁵ belegen, dass Sorgen und Probleme in Armutshaushalten nicht vordringlich die gesunde Ernährung betreffen:

„Ich kaufe, was billig ist, und wo viel drin ist.“ „Gesundes Essen ist Luxus – Menge und Sattwerden zählen.“ „Wir kennen die Risiken der Zukunft, aber wir wollen Vorteile jetzt.“ „Frisches Obst und Gemüse ist zu teuer, man kann es nicht lagern.“ „Also mal ehrlich, über sowas [Ernährung] hab ich noch nie nachgedacht.“

In Haushalten, in denen tägliche Routinen von der Beschaffung ausreichender Nahrungsmengen bestimmt sind, die billig und lagerfähig sind, begleitet von der Monotonie: Kartoffeln, Nudeln, Margarine, billige Wurstwaren, Gemüse in Dosen, werden Produkte gesunder Ernährung zu Luxusartikeln. Je länger die Armut das Leben der Familien bestimmt, umso geringer wird das Interesse an entsprechenden Botschaften.

Gesundheitsbezogene Ernährungsbotschaften – Diskurse der Gesellschaft

Da die Gesellschaften ein Interesse daran haben, Zusammenhänge und Probleme von Armut, Gesundheit und Krankheit langfristig zu lösen, jedoch die beschrittenen Wege der Gesundheitskommunikation durch Information und Aufklärung nicht zum Erfolg führen, scheint es lohnenswert zu sein, sich weitergehende Konfliktfelder der Kommunikation näher anzusehen.

Beispielhaft möchte ich hier auf widersprüchliche Ebenen gesellschaftlicher Diskurse eingehen. Die jeweiligen Argumente von Vertretern unterschiedlicher Interessengruppen führen ganz offensichtlich zu Kommunikationskonflikten und verhindern lösungsorientierte Dialoge.

¹⁵ Vgl. S. H. Lehmkuhler, Die Gießener Ernährungsstudie über das Ernährungsverhalten von Armutshaushalten (GESÄ) – qualitative Fallstudien, Gießen 2002 (Dissertation).

Zusammenstellung 3: Gesundheit und Krankheit – gesellschaftliche Diskurse¹⁶

- Moralische und ethische Argumentation: „Die beste Therapie steht jedermann zu, man kann arme, ungebildete Menschen nicht ausschließen.“
- Der ökonomische Standpunkt: „Die Kassen sind leer, wir müssen sparen.“
- Sichtweise medizinischer Experten: „Die Menschenrechte und der Hippokratische Eid binden den Arzt und das Gesundheitswesen an Aufgaben der Lebenserhaltung und -verlängerung.“
- Simplifizierung durch Bildung von Archetypen: „Ich zahle monatlich 300 Euro in die Krankenkasse ein: Das Geld steht mir als Gesundheitsleistung zu.“
- Laienverständnis: „Wir leben jetzt, wollen essen und genießen – gesund leben, bedeutet Verzicht.“
- Mediendiskurs: „Konfrontation, meist auf der Basis von widersprüchlicher Expertenmeinung, belebt das Gesundheitsgeschäft, erhöht die Einschaltquoten und Auflagen.“

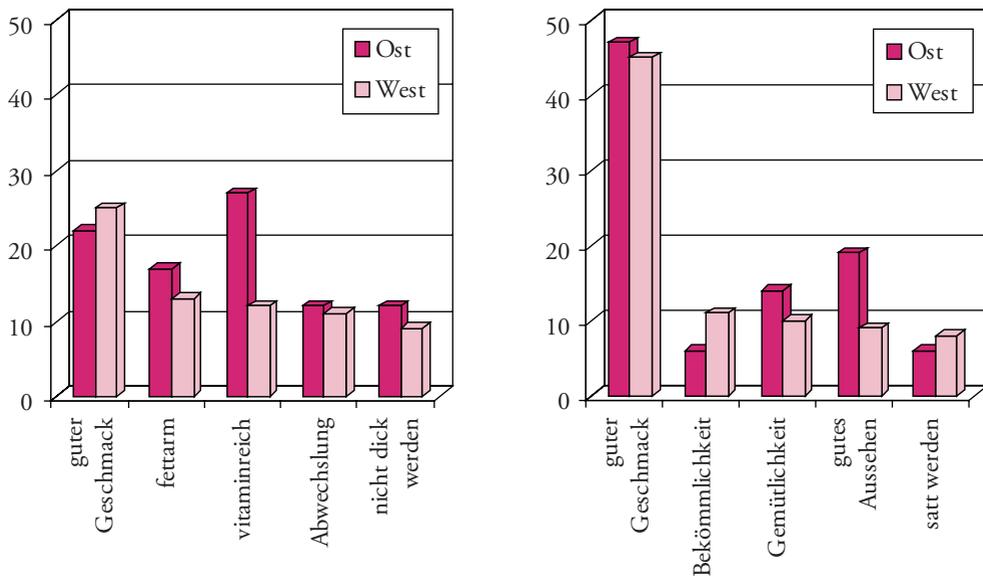
In der gegenwärtig schwierigen Phase der Präsentation immer neuer Reformideen in Deutschland, die auf der Seite der Betroffenen von Ängsten vor Verzicht und Verlusten begleitet werden, erscheinen die Standpunkte dieser Diskursebenen unvereinbar. Die Konfliktparteien argumentieren im Sinne ihrer jeweiligen Interessen und nicht zur gemeinsamen Lösungsfindung.

Diskurse der Gesundheit fördern – Lernen, von Gesundheit zu reden?

Die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit (= *Salutogenese*) und der Umgang mit Krankheit erfolgen zu einem wesentlichen Teil im Alltag und nicht in professionellen Versorgungssystemen. Medizinisch-anthropologische Untersuchungen in verschiedenen Kulturen verweisen auf die Bedeutung des nicht-professionellen, privaten Sektors der Gesundheitsversorgung; Medizinsoziologen sprechen in Analogie zum pro-

¹⁶ Vgl. I. Heindl (Anm. 8).

Abbildung 2: Antworten auf die Fragen: „Worauf legen Sie bei Ihrer Ernährung besonderen Wert?“ (links) und „Worauf legen Sie bei Ihrem Essen besonderen Wert?“ (rechts)¹⁷



fessionellen Gesundheitssystem von einem *Laiengesundheitssystem*. Empirische Untersuchungen in Industrieländern zeigen den beträchtlichen Umfang einer Gesundheits-selbsthilfe im Alltag, die vor allem im präventiven Bereich konkurrenzlos ist (Abbildung 2). Die Selbstmedikation bei Beschwerden und Erkrankungen ist ein weit verbreitetes Phänomen und umfasst etwa 37 Prozent aller verkauften Arzneimittel. Kenntnisse über Lebensmittel, Nährstoffe und ihre gesundheitlichen Wirkungen sind beachtlich. Dieses Laiengesundheitssystem, das unspektakulär funktioniert und sich versteckt in Alltagshandlungen findet, wurde unter anderem von T. Faltermaier und anderen untersucht.¹⁸ Aus den Ergebnissen wurde deutlich, dass Laien bei Weitem nicht nur an der Verhinderung von gesundheitlichen Störungen orientiert sind. Sie haben häufig positive Gesundheitsziele und antizipieren in ihren *subjektiven Theorien* auch Wege, wie sie diese erreichen können. Dabei fällt es insgesamt leichter, Menschen positiv zu motivieren, als sie durch die Angst vor Krankheit ab-

zuschrecken.¹⁹ Prinzipiell scheint es Erfolg versprechend zu sein, Konzepte der Gesundheitsförderung in ausgewählten sozialen Settings, wie Kindergärten und Schulen (vor allem in Tagesstätten für Kinder und Jugendliche), Betrieben und Krankenhäusern zu entwickeln und umzusetzen.²⁰

Worum geht es? Die Menschen wissen sehr wohl zu unterscheiden, ob es sich um Genuss und Geschmack oder gesundheitsrelevante Nährstoffrelationen, um Lebensqualität oder Lebenserwartung handelt. Ihre subjektiven Theorien könnten der Ausgangspunkt für mehr Beteiligung und Verantwortung jedes Einzelnen sein. Die Menschen würden Gesundheit nicht mehr an Experten abgeben, sondern schon als Kinder lernen, sie zu bewahren, indem sie die Verantwortung für die *Schaffung eines salutogenen* (= gesundheitsförderlichen) *Umfeldes* mittragen und dessen Grenzen akzeptieren. Vor diesem Hinter-

¹⁷ V. Pudal, Medien und Ernährungsverhalten, in: Lexikon der Ernährung, Bd. 2, Heidelberg 2002, S. 375.

¹⁸ Vgl. T. Faltermaier/I. Kühnlein/M. Burda-Viering, Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz, Gesundheits-handeln und Gesundheitsförderung, Weinheim 1998.

¹⁹ Vgl. ebd.; T. Faltermaier, Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit, in: U. Flick, Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, Weinheim 1999.

²⁰ Vgl. P. E. Schnabel, Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren – Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns, Weinheim 2007.

grund fände gesellschaftliche Solidarität angemessene Mittel und Wege, denjenigen zu helfen, die trotz großer Sorgfalt im Umgang mit der eigenen Gesundheit erkranken bzw. als Ergebnis von Alterungsprozessen am Ende des Lebens der Hilfe bedürfen.

Zusammenstellung 4: Kommunikation und Bildung für ein salutogenes Umfeld in der Gesellschaft im Blickwinkel sozialer Ungleichheit²¹

- Laienperspektiven von Gesundheit systematisch stärken.
- Die Entstehung von Gesundheit (nicht Krankheit) zum Thema öffentlicher Diskussionen machen.
- Die „Narrationspräferenz“ für Krankheitsgeschichten und Beschwerden in der deutschen Bevölkerung wandeln in das bevorzugte Erzählen positiver Geschichten.
- Den narrativen Zugang zur Gesundheit etwa über Geschichten der Ess- und Bewegungsbiographie suchen.
- Lernprozesse für ein Gesundheitshandeln frühzeitig im Kontext sozialer Settings beginnen (Familie, Schule, Kindergarten, Vereine etc.).
- Den Zusammenhang von Gesundheit und Alltag, Gesundheit und Beruf herstellen.

Wenn in einer Gesellschaft Botschaften der Themenfelder von Gesundheit nicht verstanden oder ignoriert werden, krankheitsbedingte Folgen nicht therapierbar sind, weil sie etwa nicht mehr bezahlt werden können, so führt die Frage nach sozialer Gerechtigkeit beinahe zwangsläufig zu jenen Mitgliedern der Gesellschaft, die ihr Handeln nur bedingt selbst bestimmen können: Kinder und Jugendliche sind abhängig von den Entscheidungen derer, die Verantwortung tragen, und von den Rahmenbedingungen, die diese Erwachsenen schaffen. Sie leiden vor allem unter den Folgen von Armut und mangelnder Bildung. Die (Gesundheits-)Bildung, die wir ihnen nicht zukommen lassen, kommt unsere Gesellschaft später teuer zu stehen.²² Derzeit

²¹ Vgl. I. Heindl (Anm. 8).

²² Vgl. I. Heindl, Ernährungsbildung – ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheits-

werden die sich daraus ergebenden Verpflichtungen und langfristigen Chancen einer gesundheitlichen Bildung in Deutschland unterschätzt. Organisierte Erziehung und Bildung, nachprüfbar in Kinder- und Jugendhilfegesetzen, Kindergarten- und Schulgesetzen, Rahmenrichtlinien und Lehrplänen der Bundesländer, erscheint als programmatische Verantwortung, ohne verbindliche Auswirkung auf Handlungskonsequenzen (Reformkonzepte, Investitionen und Qualifizierungsmaßnahmen). So bleibt es zunehmend den Einzelinitiativen von Kindergärten und Schulen überlassen, ob sie die gesundheitliche Verwahrlosung der Kinder durch Überfütterung und Bewegungsmangel wahrnehmen, sich zuständig fühlen und ihr pädagogisches Programm entsprechend gestalten. Sie sehen ihre gesundheitsbildnerische Verantwortung darin, die Lebensverhältnisse der Kinder so zu verändern, dass sie wieder „gefühl- und sprachmächtig“ werden,²³ so dass sie ihren Körper kennen und akzeptieren lernen, sich gerne bewegen und mit Freude und Genuss essen. Mit der Unterstützung der Eltern dürfen dabei nicht alle Kinder rechnen.

Den Essalltag selbstbestimmt, verantwortungsvoll und genussvoll zu gestalten (= *Food Literacy*), war und ist heute keine Selbstverständlichkeit. Als Teil der Gesundheit erneuert *Food Literacy* sich erfolgreich zuallererst durch Selbstorganisation und -beteiligung der Menschen. Um dies erfahren und lernen zu können, sollten Kinder und Jugendliche unter anregenden, sie schützenden Lebensverhältnissen aufwachsen dürfen. Deutschland steht derzeit an dem schmerzlichen Wendepunkt, entsprechende Systeme schaffen zu müssen, die diese Erkenntnis in die Köpfe der Menschen zurückbringen. Da viele Familien damit überfordert sind – wie das Problem von sozialer Ungleichheit für adipöse Kinder zeigt –, richten sich Schlussfolgerungen und Forderungen an die organisierte Bildung in institutioneller Verantwortung.

förderung, Bad Heilbrunn 2004; dies., Ernährung, Gesundheit und institutionelle Verantwortung – eine Bildungsoffensive, in: Ernährungs-Umschau, 51 (2004) 6, S. 224–230; dies. (Anm. 8).

²³ Vgl. G. Danzer/J. Rattner, Der Mensch zwischen Gesundheit und Krankheit, Darmstadt 1999, S. 10.

APuZ

Nächste Ausgabe 43/2007 · 22. Oktober 2007

Europa

Andreas Maurer

Die Verhandlungen zum Reformvertrag unter deutschem Vorsitz

Alexander Warkotsch

Die Nachbarschaftspolitik der EU im postsowjetischen Raum

Johannes Varwick · Jana Windwehr

Norwegen und Schweiz – Modellfälle für differenzierte Integration?

Tom Thieme

Extremistische Parteien im postkommunistischen Osteuropa

Esra Sezer

Das türkische Militär und der EU-Beitritt der Türkei

Jeanne Lätt · Asiye Öztürk

Zypern und die türkisch-europäischen Beziehungen

Herausgegeben von
der Bundeszentrale
für politische Bildung
Adenauerallee 86
53113 Bonn.



Redaktion

Dr. Katharina Belwe
(verantwortlich für diese Ausgabe)
Dr. Hans-Georg Golz
Dr. Ludwig Watzal
Sabine Klingelhöfer

Redaktionelle Mitarbeit:
Johannes Piepenbrink (Volontär)

Telefon: (0 18 88) 5 15-0
oder (02 28) 9 95 15-0

Internet

www.bpb.de/apuz
apuz@bpb.de

Druck

Frankfurter Societäts-
Druckerei GmbH,
60268 Frankfurt am Main.

Vertrieb und Leserservice

- Nachbestellungen der Zeitschrift
Aus Politik und Zeitgeschichte
- Abonnementsbestellungen der
Wochenzeitung einschließlich
APuZ zum Preis von Euro 19,15
halbjährlich, Jahresvorzugspreis
Euro 34,90 einschließlich
Mehrwertsteuer; Kündigung
drei Wochen vor Ablauf
des Berechnungszeitraumes

Vertriebsabteilung der
Wochenzeitung **Das Parlament**
Frankenallee 71–81,
60327 Frankfurt am Main.
Telefon (0 69) 75 01-42 53
Telefax (0 69) 75 01-45 02
parlament@fsd.de

Die Veröffentlichungen
in *Aus Politik und Zeitgeschichte*
stellen keine Meinungsäußerung
der Herausgeberin dar; sie dienen
der Unterrichtung und Urteilsbildung.

Für Unterrichtszwecke dürfen
Kopien in Klassensatzstärke herge-
stellt werden.

ISSN 0479-611 X

Gesundheit und soziale Ungleichheit *APuZ* 42/2007

Matthias Richter · Klaus Hurrelmann

3-10 **Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen**

Wer arm, wenig gebildet und beruflich schlecht gestellt ist, wird häufiger krank und muss früher sterben. Es wird thematisiert, welche Mechanismen und Prozesse dem sozialen Gradienten in der Gesundheit zugrunde liegen, und es werden Möglichkeiten aufgezeigt, den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu verringern.

Thomas Lampert · Lars Eric Kroll · Annalena Dunkelberg

11-18 **Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland**

Angesichts des anhaltenden Anstiegs der Lebenserwartung und des damit verbundenen demographischen Wandels stellt sich zunehmend die Frage, in welchem Gesundheitszustand die hinzugewonnen Lebensjahre verbracht werden können. Anhand aktueller Ergebnisse wird diskutiert, welche Bedeutung der sozialen Ungleichheit in diesem Zusammenhang zukommt.

Nico Dragano

18-25 **Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf**

Krankheiten im Erwachsenenalter haben oft eine lange Vorgeschichte, die teilweise bereits im Mutterleib beginnt. Solch frühe Belastungen sind in der Gesellschaft ungleich verteilt: je niedriger die soziale Schicht, desto höher das Risiko. Der Beitrag beschreibt das Phänomen und seinen Folgen.

Christine Hagen · Bärbel-Maria Kurth

25-31 **Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter**

Veränderte Beziehungs- und Lebensformen der Eltern verändern auch die familiären Lebenswelten der Kinder. Aktuelle Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Situation der Kinder gibt. Dieser fällt für Jungen und Mädchen sowie in den west- und ostdeutschen Bundesländern je anders aus.

Ines Heindl

32-38 **Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit**

Viele Familien sind mit den Aufgaben einer Ernährungs- und Gesundheitsbildung ihrer Kinder überfordert. Soziale Ungleichheit geht mit unterschiedlichem Ess- und Bewegungsverhalten einher. Die sich daraus ergebenden Verpflichtungen gesundheitlicher Allgemeinbildung werden in Deutschland unterschätzt.