

Mielck, Andreas

Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung

Brähler, Elmar [Hrsg.]; Kiess, Johannes [Hrsg.]; Schubert, Charlotte [Hrsg.]; Kiess, Wieland [Hrsg.]: *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2012, S. 129-145*



Quellenangabe/ Reference:

Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung - In: Brähler, Elmar [Hrsg.]; Kiess, Johannes [Hrsg.]; Schubert, Charlotte [Hrsg.]; Kiess, Wieland [Hrsg.]: *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2012, S. 129-145* - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-111038 - DOI: 10.25656/01:11103

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-111038>

<https://doi.org/10.25656/01:11103>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der



Leibniz-Gemeinschaft

Andreas Mielck

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung

In letzter Zeit häufen sich in Deutschland nicht nur die Armutsberichte, sondern auch die Berichte über den Zusammenhang zwischen der sozialen Ungleichheit einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits. In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozialen Status zu meist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status (Mielck, 2005; Richter u. Hurrelmann, 2009). In der wissenschaftlichen Diskussion wird dieser Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Morbidität bzw. Mortalität als »gesundheitliche Ungleichheit« bezeichnet. Wichtig ist nicht nur die Existenz, sondern auch das Ausmaß dieser gesundheitlichen Ungleichheit. Im Folgenden werden dazu einige zentrale Ergebnisse vorgestellt.

Mortalität und Lebenserwartung

Das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit zeigt sich besonders deutlich bei Analysen zur Lebenserwartung. Zur Beschreibung des sozio-ökonomischen Status wird in diesen Studien zumeist das Einkommen verwendet. Um (Einkommens-)Armut berechnen zu können, wird das »Äquivalenz-Einkommen« benötigt. Dabei wird das Nettoeinkommen aller Personen pro Haushalt addiert und anschließend nach Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet. Wenn eine Person in einem Haushalt lebt, der nur über maximal 60 % des durchschnittlichen Äquivalenz-Einkommens verfügt, dann wird sie der Gruppe »einkommens-arm« zugeordnet. Der Zusammenhang mit der Lebenserwartung ist z. B. von Lampert, Kroll und Dunkelberg (2007) untersucht worden: Es wurden fünf Einkommensgruppen unterschieden (maximal 60 % des durchschnittlichen Äquivalenz-Einkommens, 61–80 %, 81–100 %, 101–150 %, mehr als 150 %). Die untere Gruppe kann dabei als »arm« und

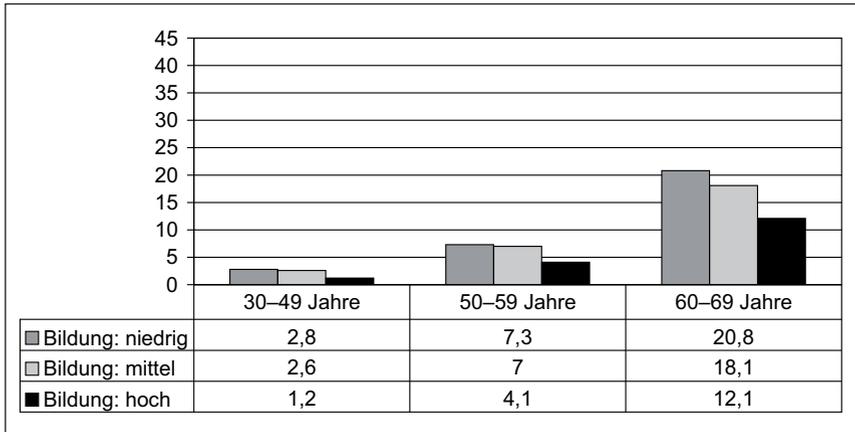
die obere Gruppe als »reich« bezeichnet werden. Die Analysen zeigen, dass die Männer aus der »reichen« Gruppe ca. zehn Jahre länger leben als die Männer aus der »armen« Gruppe. Ein ganz ähnlicher Zusammenhang zeigt sich auch bei Frauen.

Bezogen auf die Schulbildung liegen nur wenige vergleichbare Ergebnisse vor (Kroll u. Lampert, 2009). Im Lebenserwartungssurvey sind die Personen, die in den Jahren 1984/86 im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie befragt wurden, nach ca. 13 Jahren erneut befragt worden (Gärtner, 2005). Es konnte daher untersucht werden, welche Schulbildung die zwischen 1984/86 und 1998 Verstorbenen im ersten Survey 1984/86 angegeben hatten. Die Analysen ergeben ein klares Bild: Der Anteil der Verstorbenen ist in der unteren Bildungsgruppe (Hauptschule) erheblich höher als in der oberen (Abitur), bei Frauen ebenso wie bei Männern und in allen drei untersuchten Altersgruppen (Abbildung 1). In der Altersgruppe 30–49 Jahre ist der Anteil in der unteren Bildungsgruppe z. B. 2,3-mal (Frauen) bzw. 3,5-mal (Männer) höher als in der oberen Bildungsgruppe. Auch die berufliche Bildung wird als Merkmal für den sozioökonomischen Status verwendet. In einer Analyse auf Basis von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) wurde gezeigt: In einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren zeigt sich bei Männern *ohne* berufliche Ausbildung eine ca. doppelt so hohe Mortalität wie bei Männern *mit* beruflicher Ausbildung (Lampert, Saß, Häfelinger u. Ziese, 2005).

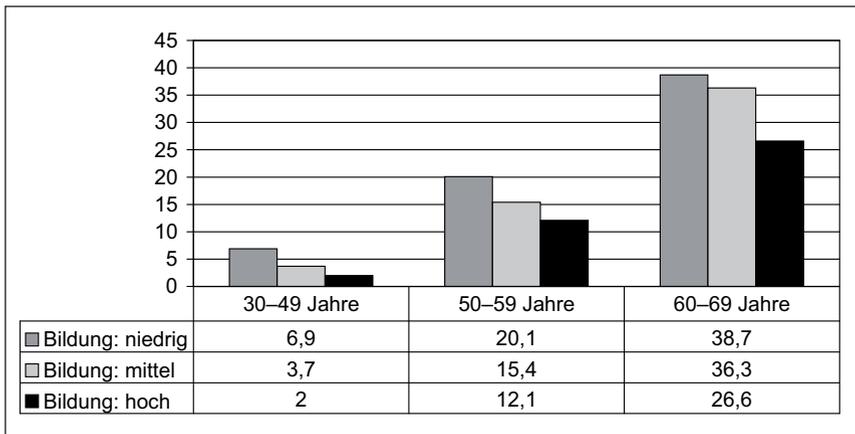
Morbidität und Gesundheitszustand

Bundesweit repräsentative und aktuelle Daten zur gesundheitlichen Lage der Erwachsenen in Deutschland liegen aus der Studie »Gesundheit in Deutschland (GEDA)« vor (RKI, 2010). Zwischen Juli 2008 und Juni 2009 wurden ca. 21.000 Männer und Frauen (Alter ab 18 Jahre) telefonisch befragt. Die Analysen zeigen: Die meisten gesundheitlichen Beschwerden treten in der unteren Bildungsgruppe besonders häufig auf. Auf die Frage, wie man den eigenen Gesundheitszustand einschätzt, wird in dieser Gruppe besonders oft mit »schlecht« geantwortet. Das gleiche Bild zeigt sich bei chronischen Erkrankungen, also z. B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs oder chronischen Atemwegserkrankungen: Die Prävalenz (d. h. der Anteil der Erkrankten) ist in der unteren Bildungsgruppe zumeist besonders hoch.

a) Frauen



b) Männer



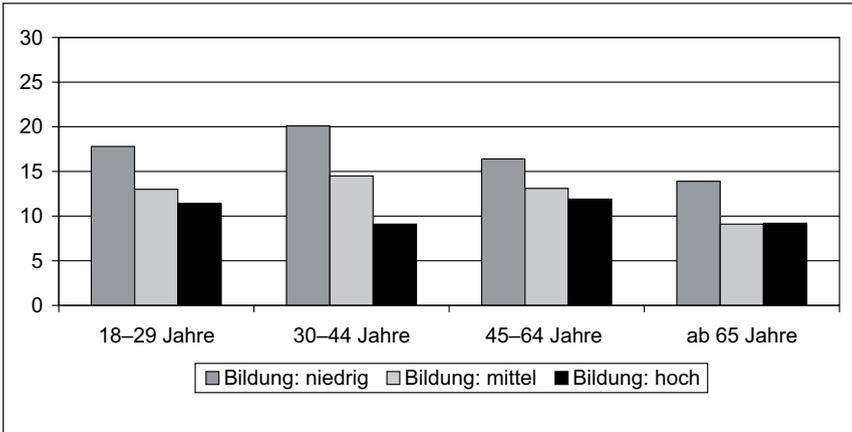
Quelle: Daten des Lebenserwartungssurveys (Gärtner, 2005, S. 300)

Abbildung 1: Anteil der Verstorbenen zwischen 1984/86 und 1998 (neue Bundesländer, Angaben in %)

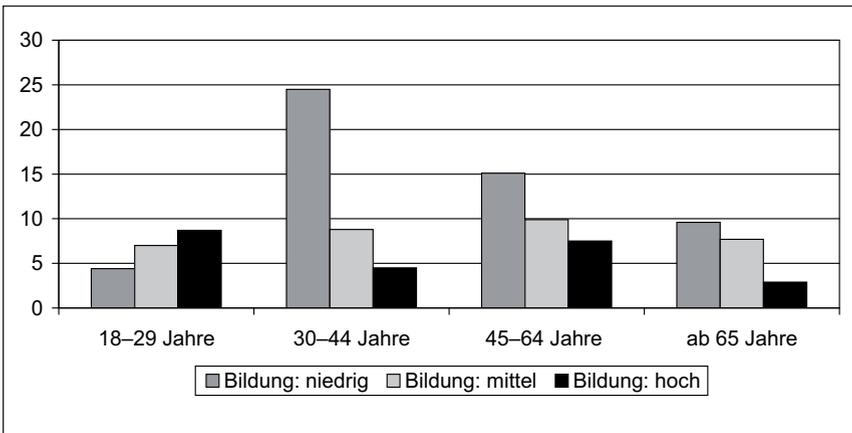
Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der psychischen Gesundheit. Die Frage, ob man sich in den letzten vier Wochen 14 Tage oder länger seelisch belastet gefühlt hat, wird von den Angehörigen der unteren Bildungsgruppe zumeist besonders häufig bejaht (Abbildung 2). Ein schlechter Gesundheitszustand ist auch und vor allem dann ein Problem, wenn er mit Einschränkungen bei den alltäglichen Aktivitäten verbunden ist. Die

Frage, ob man in den letzten sechs Monaten infolge einer Erkrankung in seinen alltäglichen Aktivitäten »erheblich eingeschränkt« war, wird von den Erwachsenen mit niedriger Bildung besonders häufig bejaht (Abbildung 3). Diese gesundheitliche Ungleichheit ist wieder in allen Altersgruppen zu sehen, und zwar sowohl bei Frauen als auch bei Männern.

a) Frauen



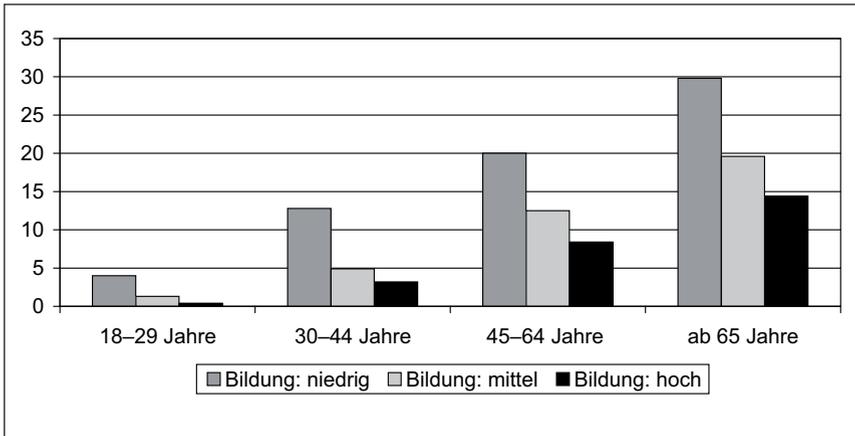
b) Männer



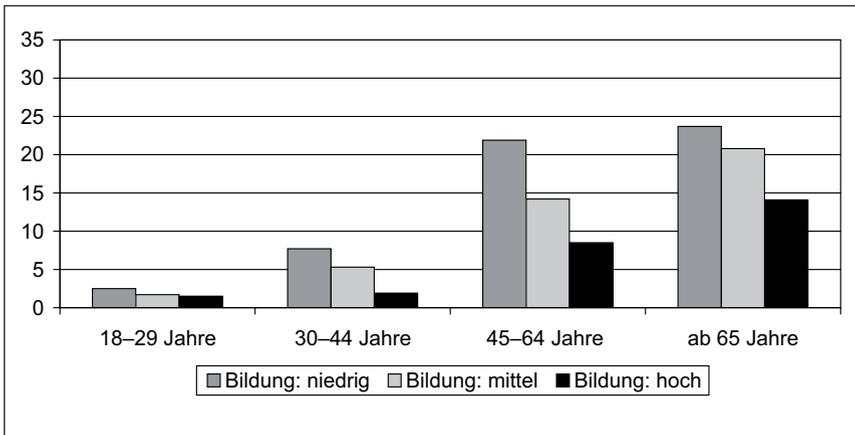
Quelle: Daten der GEDA-Studie 2009 (RKI, 2010, S. 54)

Abbildung 2: Beeinträchtigung durch seelische Belastungen (Angaben in %)

a) Frauen



b) Männer



Quelle: Daten der GEDA-Studie 2009 (RKI, 2010, S. 32)

Abbildung 3: Erhebliche Einschränkung bei den alltäglichen Aktivitäten infolge einer Erkrankung (Angaben in %)

Diese Ergebnisse aus der GEDA-Studie werden durch andere Studien vielfach bestätigt. Bei ihrer Auswertung von Daten aus der AOK Mettmann haben Peter und Geyer (1999) die Angaben zur Diagnose »erster Herzinfarkt« (ICD-9, 410) ausgewertet: Bei den Männern aus der Gruppe »niedrige Ausbildung« (Haupt- oder Realschule, aber keine abgeschlossene Berufsausbildung) ist das Herzinfarktrisiko demnach fast 4-mal so

hoch wie bei den Männern aus der Gruppe »hohe Ausbildung« (Abitur und/oder Hochschulabschluss). Bei Frauen zeigt sich ein ähnlicher, aber deutlich schwächerer Zusammenhang. Weitere Analysen dieser Daten (Geyer, Hemström, Peter u. Vågerö, 2006) beziehen sich auf die Diagnose »Diabetes Typ 2«; auch hier ist das Risiko bei »niedriger Ausbildung« deutlich höher als bei »hoher Ausbildung«.

Die oben vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf Erwachsene. Umfangreiche Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen lassen sich vor allem den Analysen der KiGGS-Studie entnehmen. An dieser Studie haben bundesweit ca. 17.600 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 17 Jahren teilgenommen. Die im Bundesgesundheitsblatt publizierte »Basispublikation« beinhaltet eine Vielzahl von Auswertungen.¹ Der soziale Status wurde dabei mithilfe von Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, zu ihrer beruflichen Stellung und zu ihrem Haushaltsnettoeinkommen bestimmt. Die Analysen zeigen z. B., dass Verkehrsunfälle und psychische Auffälligkeiten bei den Kindern aus statusniedrigen Familien besonders häufig vorhanden sind. Der Zusammenhang mit den psychischen Auffälligkeiten zeigt sich auch dann, wenn man die Analyse auf eine wohlhabende Stadt wie München und auf Schulanfänger beschränkt: Bei den Kindern, deren Eltern eine niedrige Schulbildung aufweisen, werden psychische Auffälligkeiten besonders häufig festgestellt (Perna, Bolte, Mayrhofer, Spieß u. Mielck, 2010).

Lebensqualität

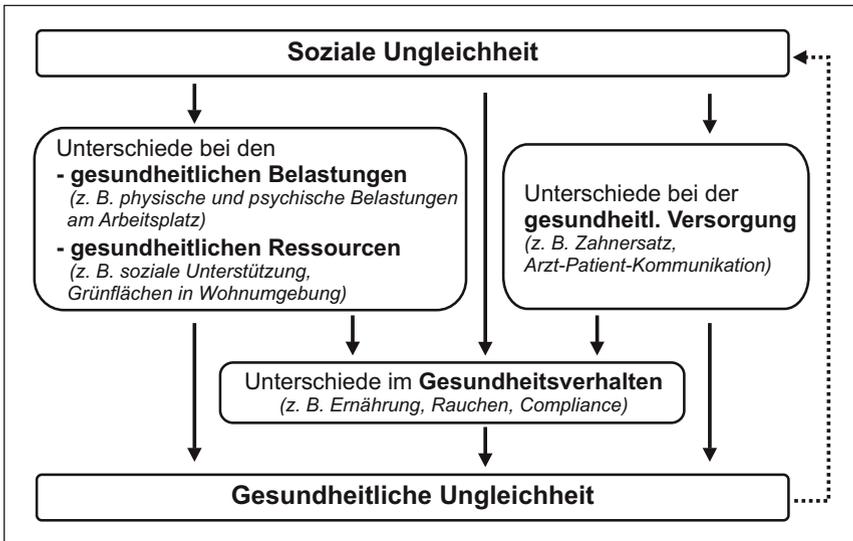
Die Folgen eingeschränkter Gesundheit lassen sich auch unter dem Stichwort »Lebensqualität« untersuchen. Der Zusammenhang mit Bildung ist bisher aber nur selten analysiert worden. Die Lebensqualität kann z. B. über eine Skala zwischen 0 und 100 gemessen werden. Der Wert 0 gibt dabei die schlechteste und der Wert 100 die beste gesundheitsbezogene Lebensqualität an. Eine aktuelle Analyse aus Deutschland zeigt auch hier deutliche Unterschiede nach Schulbildung (Mielck, Vogelmann, Schweickert u. Leidl, 2010): In der unteren Bildungsgruppe wird ein mittlerer Wert von 75,3 gemessen. In der oberen Bildungsgruppe liegt er dagegen bei 82,6 und damit deutlich (und auch statistisch signifikant) näher am Maximalwert von 100. Besonders interessant ist hier die Frage, ob ver-

1 <http://www.kiggs.de> (letzter Zugriff am 11.10.2011)

gleichbare Unterschiede auch dann gefunden werden können, wenn sich die Analyse auf Personen mit einer bestimmten chronischen Erkrankung beschränkt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Frage bejaht werden kann. Wenn z. B. nur die Personen betrachtet werden, die unter Kopfschmerzen oder Migräne leiden, sieht man in der unteren Bildungsgruppe einen Wert von 69,8 und in der oberen von 84,6. Personen mit niedriger Bildung sind also offenbar in doppelter Weise belastet: Das Erkrankungsrisiko ist bei ihnen besonders hoch, und wenn eine Erkrankung vorliegt, dann ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei ihnen besonders niedrig.

Erklärungsansätze

Es gibt eine Vielzahl von Modellen zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit. Alle versuchen, die Diskussion übersichtlicher zu gestalten, zu bündeln und einige zentrale Aussagen zu betonen. In diesem Sinne ist vom Verfasser vor einigen Jahren ein einfaches Modell vorgestellt worden, welches seitdem in Deutschland häufig verwendet wird (Abbildung 4). Es soll vor allem die folgenden Aussagen hervorheben: (a) Das Gesundheitsverhalten (z. B. Rauchen) wird maßgeblich geprägt durch die Lebensverhältnisse, durch das Zusammenwirken von Belastungen und Ressourcen. (b) Die Lebensverhältnisse beeinflussen den Gesundheitszustand direkt und über das Gesundheitsverhalten auch indirekt. Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sind daher vor allem dann erfolgversprechend, wenn sie bei den Lebensverhältnissen ansetzen. (c) Berücksichtigt werden müssen auch die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung. Sie können vorhanden sein beim Versorgungsangebot (z. B. durch Unterschiede zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung), bei der Inanspruchnahme (z. B. durch finanzielle Barrieren in Form von Zuzahlungen) und bei der Qualität (z. B. durch Art und Dauer des Arzt-Patienten-Gespräches). (d) Die kausale Richtung »Armut macht krank« (vgl. die nach *unten* gerichteten Pfeile) ist für die Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit wichtiger als die kausale Richtung »Krankheit macht arm« (vgl. den nach *oben* gerichteten gepunkteten Pfeil).



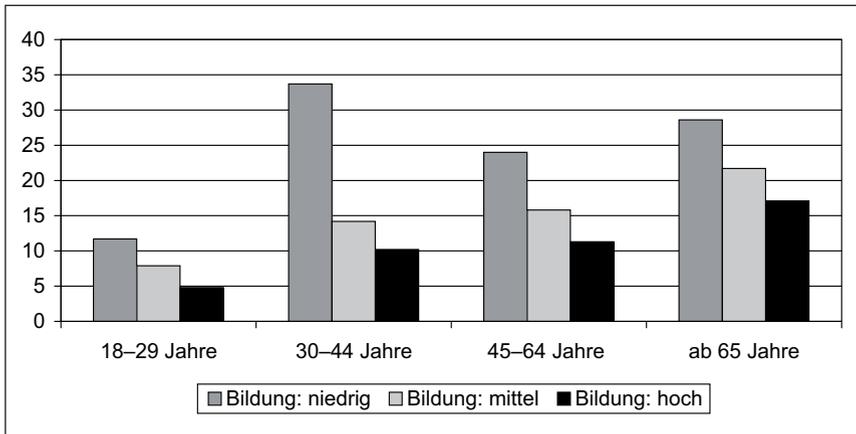
Quelle: Mielck, 2005

Abbildung 4: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit

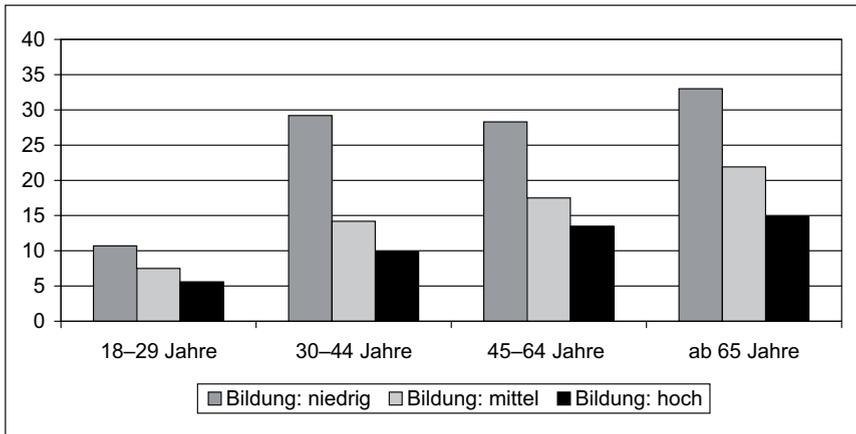
Einige der in diesem Modell postulierten Zusammenhänge konnten empirisch schon gut belegt werden (Mielck, 2005; Richter u. Hurrelmann, 2009). Die meisten Ergebnisse über soziale Unterschiede bei gesundheitlichen Risiken liegen zu den folgenden Themen vor: Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Mangel an sportlicher Betätigung. Die Betonung dieser fünf Themen basiert vor allem auf ihrer Bedeutung für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen. Gemeinsam ist ihnen auch die enge Verbindung zum individuellen Gesundheitsverhalten. In der bereits oben erwähnten Studie »Gesundheit in Deutschland (GEDA)« konnte z. B. gezeigt werden, dass die gesundheitlichen Belastungen durch Rauchen, Adipositas und wenig sportliche Aktivität in der unteren Bildungsgruppe besonders groß sind (RKI, 2010). Gesundheitliche Ressourcen wurden vergleichsweise wenig untersucht; die vorhandenen Arbeiten konzentrieren sich zumeist auf das Thema »soziale Unterstützung«. Diese Unterstützung ist eine wichtige Ressource zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auch in Zeiten hoher Belastung (Berkman u. Glass, 2000). In der GEDA-Studie wurde z. B. danach gefragt, ob man sich bei persönlichen Problemen auf die Hilfe anderer Menschen verlassen kann und ob sich andere Menschen dafür interessieren, wie es einem geht. Die Antworten zeigen wieder ein klares

Bild: Geringe Unterstützung erhalten vor allem die Personen aus der unteren Bildungsgruppe, sowohl bei Frauen als auch bei Männern und in allen Altersgruppen (Abbildung 5).

a) Frauen



b) Männer



Quelle: Daten der GEDA-Studie 2009 (RKI, 2010, S. 90)

Abbildung 5: Geringe soziale Unterstützung (Angaben in %)

Ganz ähnliche Zusammenhänge lassen sich auch bei Kindern und Jugendlichen beobachten. Umfangreiche Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen sind in der bereits oben er-

währten KiGGS-Studie² vorhanden. Demnach sind bei den Kindern aus statusniedrigen Familien z. B. die folgenden Belastungen besonders häufig vorhanden: geringe sportliche Betätigung, Rauchen, Adipositas. Noch einen Schritt weiter geht die »Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS)«. Zum einen zeigt sie erneut, dass eine niedrige Schulbildung der Eltern mit einem erhöhten Adipositas-Risiko bei den Kindern einhergeht (Lange, Plachta-Danielzik, Landsberg u. Müller, 2010). Zum anderen beinhaltet sie gesonderte Analysen für die Kinder, bei denen beide Eltern eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit aufweisen. Es ist bereits bekannt, dass die Kinder nichtdeutscher Eltern zumeist ein besonders großes Adipositas-Risiko aufweisen. Selten gezeigt wurde jedoch, dass der Zusammenhang zwischen elterlicher Schulbildung und Adipositas auch bei den Eltern mit nichtdeutscher Nationalität gefunden werden kann. Zudem wurden in dieser Studie auch Merkmale der kindlichen Wohnumwelt erhoben, z. B. Angaben zur Verkehrsdichte. Die Analysen zeigen, dass der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder in den Stadtgebieten mit hoher Verkehrsdichte besonders hoch ist, und zwar unabhängig vom sozialen Status der Eltern. Derartige Analysen sind sehr wichtig. Sie geben einen ersten Hinweis darauf, dass nicht nur das individuelle Gesundheitsverhalten eine wichtige Rolle spielt, sondern auch die Wohnumgebung.

Eine weitere wichtige Forschungsrichtung konzentriert sich auf »Bildungs-Aufsteiger«. Dieser Begriff bezieht sich auf Kinder, die einen höheren schulischen Abschluss aufweisen (bzw. anstreben) als ihre Eltern. Derartige Studien sind noch sehr selten. Eine erst kürzlich vorgestellte Publikation aus Deutschland bezieht sich auf 14- bis 17-jährige Jugendliche und basiert auf den Befragungen, die im Rahmen der KiGGS-Studie durchgeführt wurden (Kuntz u. Lampert, 2011). »Bildungs-Aufstieg« wird hier definiert als Besuch des Gymnasiums bei einem Kind, dessen Eltern kein Abitur aufweisen. Drei Vergleichsgruppen werden unterschieden: (a) »konstant hohe Bildung« (Abitur bei den Eltern und Gymnasium beim Kind); (b) »konstant niedrige Bildung« (kein Abitur bei den Eltern und kein Gymnasium beim Kind); (c) »Bildungs-Abstieg« (Abitur bei den Eltern, aber kein Gymnasium beim Kind). Die Analysen zeigen, dass die gesundheitlichen Risiken (z. B. Rauchen, wenig sportliche Aktivität, geringer Konsum von Obst und frischem Gemüse) in der Gruppe »Bildungs-Aufstieg« kaum höher sind als in der Gruppe »konstant hohe Bildung«. Deutlich erhöht sind die Risiken jedoch sowohl in der Gruppe

2 <http://www.kiggs.de> (letzter Zugriff am 11.10.2011)

»konstant niedrige Bildung« als auch in der Gruppe »Bildungs-Abstieg«. Bildungs-Aufstieg und Gesundheitsförderung hängen offenbar eng miteinander zusammen, d. h., Investitionen in den Bildungs-Aufstieg können sich offenbar auch als Gesundheitsförderung auszahlen.

Bei der Diskussion über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Rauchen oder sportliche Betätigung darf nicht vergessen werden, dass dieses Verhalten maßgeblich durch die Lebensverhältnisse geprägt wird, d. h. durch das Zusammenwirken von Belastungen und Ressourcen. Die Lebensverhältnisse können den Gesundheitszustand direkt beeinflussen, z. B. durch das Wohnen an einer lauten Straße. Über das Gesundheitsverhalten sind auch indirekte Einflüsse möglich; fehlende Grünflächen in der Wohnumgebung erschweren z. B. die sportliche Aktivität. Empirisch belegt sind diese Zusammenhänge jedoch erst ansatzweise (Mielck, 2005). Beim Thema »gesundheitliche Ungleichheit« ist die einseitige Betonung des Gesundheitsverhaltens besonders brisant. Zum einen wird hier oft unterstellt, dass individuelles Gesundheitsverhalten weitgehend frei gewählt werden kann. Es spricht jedoch vieles dafür, dass eine bessere Bildung, ein höherer beruflicher Status und ein höheres Einkommen objektiv und subjektiv mit größeren Handlungsspielräumen verbunden sind. Es wäre demnach »unfair«, bei den Personen aus der unteren Statusgruppe die gleiche Flexibilität im Verhalten vorauszusetzen wie bei den Personen aus höheren Statusgruppen. Zum anderen besteht die Gefahr, dass durch die Fokussierung auf das individuelle Verhalten »das Opfer zum Schuldigen« gemacht wird. Eine derartige Schuldzuweisung kann schnell zu einer zusätzlichen Diskriminierung und damit zu einer zusätzlichen gesundheitlichen Belastung führen.

Politische Absichtserklärungen

Von Gesundheitswissenschaftlern und auch von (gesundheits-)politischen Akteuren wird in letzter Zeit immer deutlicher gefordert, die Probleme der gesundheitlichen Ungleichheit nicht nur zu beschreiben, sondern sie so weit wie möglich zu verringern. Wie kaum anders zu erwarten, wird die Frage nach dem »Wie« dabei sehr unterschiedlich beantwortet, auch weil das Wissen über die Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit noch sehr lückenhaft ist.

Politische Absichtserklärungen zu finden, ist nicht schwer. Sie beziehen sich zum einen auf die Verringerung der sozialen Unterschiede beim Zugang zur Bildung. In der »Dresdener Erklärung« vom 22. Oktober 2008

zur »Qualifizierungsinitiative für Deutschland: Aufstieg durch Bildung«³ bekennen sich Bundesregierung und Länder zu folgenden Zielen: »Jedes Kind soll bestmögliche Startbedingungen haben« (S. 7). »Jede und jeder soll die Chance zum Aufstieg durch Bildung haben« (S. 11). Angestrebt wird auch der Abbau sozialer Ungleichheiten; so wird z. B. gefordert: Bis 2015 soll der Anteil von Schulabgängern ohne Abschluss von derzeit ca. 8 % auf ca. 4 % halbiert werden. Bis 2015 soll der Anteil junger Erwachsener ohne abgeschlossene Berufsausbildung von derzeit ca. 17 % auf ca. 8,5 % halbiert werden (S. 8). Im »Bildungsbericht 2010«⁴ wird ebenfalls deutlich auf die Probleme der sozialen Ungleichheit hingewiesen. Im Teilbericht »Wichtigste Ergebnisse im Überblick« schreiben die Autoren z. B.: »Die in unterschiedlichen Abschnitten einer Bildungsbiografie eingeschlagenen Wege unterscheiden sich insbesondere nach Geschlecht, sozialer Herkunft und Migrationsstatus. Sie führen zu Disparitäten der Bildungsbeteiligung und damit zu Unterschieden in den Bildungs- und Lebenschancen. Diese zunehmenden segregativen Erscheinungen stehen im Gegensatz zu der Inklusions- und Integrationsaufgabe des Bildungswesens. Eine zentrale Herausforderung besteht daher darin, allen jungen Menschen über ein dem gesellschaftlichen Entwicklungsniveau angemessenes Bildungsniveau die soziale und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen« (S. 13).

Bezogen auf das Ziel »Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit« lassen sich ebenfalls verschiedene politische Absichtserklärungen finden (Mielck, 2008). In der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage zum Thema »Gesundheitliche Ungleichheit im europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung« (Deutscher Bundestag, 2010) heißt es z. B.: »Die Verringerung sozial bedingter Gesundheitsunterschiede nimmt in der Gesundheitspolitik der Bundesregierung einen hohen Stellenwert ein« (S. 40). Zur Umsetzung wird z. B. gesagt: »Präventionskonzepte und Gesundheitsförderungsprogramme sind dann für Menschen mit niedrigem sozialen Status geeignet, wenn sie im Alltag der Menschen ansetzen und die Zielgruppen aktiv einbeziehen. Dies ist auch dadurch begründet, dass rein verhaltensorientierte individuelle Programmangebote von Menschen in schwieriger sozialer Lage weniger in Anspruch genommen werden. Die Konzepte und Programme müssen darauf ausgerichtet sein, in den Zielgruppen die Fähigkeit zu stärken, das

3 http://www.bmbf.de/pub/beschluss_bildungsgipfel_dresden.pdf (letzter Zugriff am 11.10.2011)

4 <http://www.bildungsbericht.de> (letzter Zugriff am 11.10.2011)

eigene Leben und auch die Lebenswelt gesundheitsförderlich zu gestalten« (S. 47).

Im 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung⁵ steht: »Bildung hat auf die Gesundheit verschiedene Auswirkungen. Durch den engen Zusammenhang zwischen formalen Bildungsabschlüssen und der Stellung in der Arbeitswelt ergeben sich Bezüge zu berufsbezogenen Belastungen und Entwicklungsmöglichkeiten sowie zur Einkommenssituation. Bildung drückt sich außerdem in Wissen und Handlungskompetenz aus, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungssituationen unterstützen. Eine wichtige Rolle spielen dabei Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen, die sich bereits früh im Leben unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung und der Bildungsinstitutionen entwickeln« (BMAS, 2008, S. 102).

Diese wenigen Zitate mögen verdeutlichen, dass die »Botschaft« bei den (gesundheits-)politischen Akteuren durchaus angekommen ist. Die Probleme der sozialen Ungleichheit (die auch und vor allem auf ungleiche Bildungschancen zurückzuführen sind) werden thematisiert. Wahrgenommen wird auch, dass gesundheitliche Ungleichheiten bestehen und dass sie verringert werden sollten. Es wird zudem akzeptiert, dass bloße Appelle zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens auch und gerade in den unteren Statusgruppen wenig Aussicht auf Erfolg haben. Jetzt geht es um die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zur praktischen Umsetzung dieser Absichtserklärungen. Noch ist weitgehend unklar, wie sich die allgemeine Zielsetzung »Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit« konkretisieren und quantifizieren lässt (Mielck, Altgeld, Reising u. Kümpers, 2009). Vor allem brauchen wir mehr Wissen darüber, welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei den Personen aus der unteren Statusgruppe besonders erfolgversprechend sind. Auch hier sind wir noch am Anfang. Bis vor wenigen Jahren war noch nicht einmal bekannt, welche der bereits vorhandenen Maßnahmen sich vor allem an die sozial Benachteiligten richten. Seit dem Jahr 2003 wird in einem großen Projekt versucht, zumindest diese Informationslücke schrittweise zu schließen.⁶ Die hier aufgebaute Internet-Plattform »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« ist frei zugänglich und beinhaltet Informationen von ca. 2.000 Projekten in Deutschland. Zur besseren Vernetzung vor Ort sind in den 16 Bundesländern »regionale Knoten« eingerichtet

5 <http://www.bmas.de> (letzter Zugriff am 11.10.2011)

6 <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de> (letzter Zugriff am 11.10.2011)

worden. Wichtig zu erwähnen ist auch, dass im Rahmen dieses Projektes zwölf Kriterien zur Ermittlung von »Models of Good Practice« entwickelt wurden. Von einer »konzertierten Aktion« zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sind wir aber noch weit entfernt (Mielck, 2008).

Ausblick

Die politischen Forderungen, die sich aus den empirischen Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit ergeben, werden besonders deutlich in einem aktuellen Dokument aus England beschrieben (Marmot, 2010). Das englische Beispiel ist hier von großer Bedeutung. In keinem anderen europäischen Land ist schon seit Jahren so viel politischer Wille zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zu erkennen. Es mangelt hier auch nicht an großangelegten staatlichen Interventionen zur Erreichung dieses Ziels. Die umfangreichen Erfahrungen und Diskussionen lassen sich demnach so zusammenfassen (Whitehead u. Popay, 2010): (a) Die Forderung nach mehr gesundheitlicher Chancengleichheit lässt sich unmittelbar aus der ethischen Forderung nach Fairness und sozialer Gerechtigkeit ableiten; (b) Die gesundheitlichen Ungleichheiten lassen sich auf soziale Ungleichheiten zurückführen, die ihrerseits auf politischen Entscheidungen beruhen; (c) Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit müssen auch und vor allem bei den sozialen Ursachen ansetzen (d. h. nicht nur beim individuellen Gesundheitsverhalten der einzelnen Menschen und nicht nur bei der gesundheitlichen Versorgung).

Der »Marmot Review« (Marmot, 2010) beinhaltet auch eine Schätzung der sozialen und ökonomischen »Folgekosten« (d. h. der Kosten, die durch gesundheitliche Ungleichheit entstehen). Derartige Schätzungen sind bisher kaum publiziert worden, auch nicht aus anderen Staaten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Folgekosten in der Tat sehr hoch sind; um nur einige Beispiele zu nennen (Marmot, 2010, S. 82–83): (a) Wenn die Mortalität aller Personen so niedrig wäre, wie sie in der oberen Bildungsgruppe bereits ist, dann würden in England pro Jahr insgesamt ca. 2,6 Millionen Lebensjahre gewonnen werden. (b) Wenn jeder so gesund wäre, wie es die Personen im oberen 10 %-Bereich der Einkommensverteilung bereits sind, dann gäbe es erheblich weniger Kosten durch krankheitsbedingte Arbeitsausfälle. Der jährliche Produktivitätsgewinn wird für England auf 31–33 Milliarden € (britische Pfund) geschätzt und der jährliche Gewinn an Steuern- und Sozialabgaben auf weitere 20–32 Mil-

liarden £. (c) Im »National Health Service (NHS)«, d. h. im englischen Gesundheitsversorgungssystem, entstehen durch die gesundheitliche Ungleichheit pro Jahr Mehrkosten von ca. 5 Milliarden £. Selbstverständlich sind alle diese Schätzung sehr grob; sie können und sollen nicht mehr als erste Anhaltspunkte liefern. Die Schlussfolgerung der Autoren ist jedoch eindeutig: »Einige werden sagen, dass wir nicht genug Geld haben für die Maßnahmen, die zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit benötigt werden. Aber wir sagen, dass es die gesundheitliche Ungleichheit ist, die wir uns nicht leisten können, da sie mit zu hohen humanen und ökonomischen Kosten verbunden ist« (Marmot, 2010, S. 35; Übersetzung durch A. M.).

Das Interesse am Thema »soziale Ungleichheit und Gesundheit« ist auch bei uns in den letzten Jahren ständig gewachsen. In mehreren Büchern und vielen Zeitschriftenbeiträgen ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit wenig Bildung, geringem Einkommen und/oder niedrigem beruflichen Status besonders häufig erkranken und früh sterben. Der Forschungs- und Diskussionsbedarf ist jedoch nicht kleiner geworden, ganz im Gegenteil. Wir beginnen gerade erst zu verstehen, wie komplex die Ursachen dieser gesundheitlichen Ungleichheit sind und wie schwierig es ist, diese Ungleichheit zu verringern. Die Liste der Aufgaben ist lang. Es wird immer deutlicher, dass wir bei der Suche nach Ursachen und Interventionsmöglichkeiten noch erheblich präziser und konkreter werden müssen. Es werden viele neue Fragen gestellt, und schon diese Vielfalt zeigt, wie differenziert die Diskussion inzwischen geworden ist. Um nur einige zu nennen: Wie können wir entscheiden, welche gesundheitliche Ungleichheit besonders problematisch ist? Welche Akteure können welchen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten? Wie können wir sicherstellen, dass die Personen, deren Gesundheitszustand verbessert werden soll, schon an der Planung einer Interventionsmaßnahme beteiligt sind? Antworten liegen bisher kaum vor. Große Einigkeit besteht jedoch darin, dass diese Fragen wichtig sind und schrittweise beantwortet werden müssten.

Literatur

- Berkman, L. F., Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In L. F. Berkman, I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 137–173). Oxford: University Press.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (Hrsg.) (2008). *Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2010). Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage zum Thema »Gesundheitliche Ungleichheit im europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung«. Deutscher Bundestag Drucksache 17/4332 vom 20.12.2010.
- Gärtner, K. (2005). Soziodemographische Merkmale von Teilnehmern, Ausfällen und Gestorbenen. In K. Gärtner, E. Grünheid, M. Luy (Hrsg.), *Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität – Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB*. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (Band 36, S. 293–310). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Geyer, S., Hemström, O., Peter, R., Vägerö, D. (2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J. Epidemiol. Community Health*, 60 (9), 804–810.
- Kroll, L. E., Lampert, T. (2009). Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. Datenquellen in Deutschland und Analysemöglichkeiten des SOEP. *Methoden-Daten-Analysen*, 3 (1), 3–30.
- Kuntz, B., Lampert, T. (2011). Potenzielle Bildungsaufsteiger leben gesünder. Soziale Herkunft, Schulbildung und Gesundheitsverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland. *Präv. Gesundheitsf.*, 6, 11–18.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Dunkelberg, A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, 42, 11–18.
- Lampert, T., Saß, A. C., Häfeling, M., Ziese, T. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lange, D., Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Müller, M. J. (2010). Soziale Ungleichheit, Migrationshintergrund, Lebenswelten und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS). *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 707–715.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: The Marmot Review.
- Mielck A (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2008). »Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen« – Der Beitrag von Ärzten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 27, 1457–1460.
- Mielck, A., Altgeld, T., Reisig, V., Kümpers, S. (2009). Quantitative Zielvorgaben zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. Lernen von England und anderen westeuropäischen Staaten. In M. Richter, K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven* (2. aktualisierte Aufl., S. 459–477). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Mielck, A., Vogelmann, M., Schweikert, B., Leidl, R. (2010). Gesundheitszustand bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung mit dem Euro-Qol 5D (EQ-5D). *Gesundheitswesen*, 72, 476–486.
- Perna, L., Bolte, G., Mayrhofer, H., Spieß, G., Mielck, A. (2010). The impact of the social environment on children's mental health in a prosperous city: an analysis with data from the city of Munich. *BMC Public Health*, 10, 135.
- Peter, R., Geyer, S. (1999). Schul- und Berufsausbildung, Berufsstatus und Herzinfarkt – eine Studie mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheitswesen*, 61, 20–26.
- Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2010). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Whitehead, M., Popay, J. (2010). Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities. *Soc. Sci. Med.*, 71 (7), 1234–1236.