

Themen dieser Ausgabe:

Krank durch Migration? Die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Seite 1

Stillstand, Blockaden und Umwälzungen - eine Vorab-Bilanz der Gesundheitspolitik unter Merkel und Schmidt

Seite 3

Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit

Seite 5

Kurz vorgestellt – Publikationen, die Sie kennen (-lernen) sollten

Seite 8

Impressum

Seite 9

Krank durch Migration? - Die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Guido Grunenberg

Im Juli 2008 sind zwei Publikationen des Robert-Koch Instituts (RKI) aus der Reihe der Gesundheitsberichterstattung (GBE) erschienen, die sich mit der bis dahin vergleichsweise wenig untersuchten gesundheitlichen Situationen von Migranten in Deutschland beschäftigen: der Schwerpunktbericht "Migration und Gesundheit" und der Beitrag "Kinder und

Die dritte Ausgabe des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit

- » der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund
- » einer Vorab-Bilanz der Gesundheitspolitik unter Merkel & Schmidt
- » sowie dem aktuellen Forschungsstand zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit.

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung [↗] wünscht Ihnen viel Spaß bei der Lektüre dieser Ausgabe.

Sie können den Newsletter **abonnieren**, um in Zukunft keine Ausgabe mehr zu verpassen, online lesen [↗] oder im Archiv als html-Dokument [↗] oder pdf-Datei finden [↗].

Veranstaltungen/Tagungen

10.-12.10.08 [Heidelberg]

Internationale Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) unter der Schirmherrschaft von Dr. Ursula von der Leyen, BMFSF. XVIII. Internationaler Kongress „Prävention - Früher Dialog“. [↗]

13.10.2008 [Berlin]

Tagung des Deutschen Städtetages gemeinsam mit der Bertelsmann-Stiftung: „Den demographischen Wandel gestalten: Ältere Menschen mit

Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland".

Der **Schwerpunktbericht** wurde im Auftrag des RKI von der Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld erstellt und basiert im Wesentlichen auf den Auswertungen der amtlichen Statistik sowie Daten der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse tendenziell auf erhöhte gesundheitliche Risiken für Menschen mit Migrationshintergrund in bestimmten Bereichen wie Säuglingssterblichkeit, Tuberkulose, Übergewicht, Mundgesundheit sowie Erkrankungen durch psychosoziale Belastung hin. Andererseits wirken sich kulturell bedingte Faktoren (Aufbau sozialer Netzwerke, geringerer Alkoholkonsum) positiv auf die Gesundheit aus. Bärbel-Maria Kurth, Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung im RKI, sieht insgesamt keine grundsätzliche Benachteiligung für Menschen mit Migrationshintergrund, Ur-

Migrationshintergrund als Handlungsfeld für Kommunen“. [↗]

13.-14.10.2008 [Berlin]

Jahrestagung der Drogenbeauftragten 2008: „Frauen und Rauchen: Neue Wege in der Prävention“. [↗]

17.10.2008 [Essen]

Fit for Work 2008. Tagung des DNBGF-Forum „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ und des Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen. [↗]

24.-25.10.2008 [Berlin]

10. Humanitärer Kongress u.a. veranstaltet von Ärzte ohne Grenzen, dem Deutschen Roten Kreuz und der Berliner Ärztekammer. Thema: "Patient or Health System First? What should be the focus of medical humanitarian assistance today". [↗]

05.11.2008 [Hamburg]

Fachtagung der Ärztekammer Hamburg und des Regionalen Knoten Hamburg: „Wohnungslose: Ganz schön krank!“. [↗]

10.-12.11.2008 [Bielefeld]

Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.: „Sucht, Abhängigkeit, exzessives Verhalten – Zustände und Zuständigkeiten“. [↗]

05.-06.12.2008 [Berlin]

14. Kongress Armut und Gesundheit: „Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle!“. [↗]

sachen für die Risikofaktoren innerhalb der Migrant*innenpopulation seien neben einer überproportional häufigen Zugehörigkeit zu sozial benachteiligten Schichten (in der auch der Gesundheitszustand von Nicht-Migrant*innen schlechter ist) unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten, Lebensstile und Wertmaßstäbe.

Der **GBE-Beitrag "Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland"** ist eine migrationspezifische Auswertung des Kinder- und Jugendsurveys KiGGS (vgl. **Newsletter 02/07**) und enthält im Gegensatz zum Schwerpunktbericht weitaus differenziertere Analysen und Informationen zum Gesundheitsverhalten, -empfinden und -zustand der untersuchten Zielgruppe der jungen Migrant*innen.

Laut Mikrozensus (2005) haben 28,6 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland bis 18 Jahren einen Migrationshintergrund, viele von ihnen sind in der zweiten bzw. dritten Einwanderergeneration geboren und ohne eigene Migrationserfah-

rung. In der KiGGS-Studie ist es gelungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in etwa entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung einzubinden (24,4% der Gesamtheit). Insgesamt haben sich 2.590 Kinder und Jugendliche mit einseitigem (8,3%) oder beidseitigem (17,1%) Migrationshintergrund an der Studie beteiligt.¹

Ähnlich wie im Schwerpunktbericht weisen die KiGGS-Ergebnisse höhere Risiken für Migrantenkinder in bestimmten gesundheitlichen Bereichen aus, während in anderen Bereichen kaum nennenswerte Unterschiede oder sogar Vorteile je nach Art des Migrationshintergrunds bestehen. Hier verfestigt sich die These, dass migrationsbedingte und kulturspezifische Faktoren Krankheitsrisiken verstärken oder auch kompensieren können. So konnten kulturell bedingte Gesundheitsressourcen nachgewiesen werden, die sich bspw. in einem günstigeren Stillverhalten von Müttern, einer geringeren Prävalenz allergischer Krankheiten oder einem niedrigeren Tabak- und Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigen, hier insbesondere unter jenen mit beidseitigem Migrationshintergrund.

Gesundheitliche Gefährdungen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund manifestieren sich hingegen in den Bereichen Infektionskrankheiten, Übergewicht/Adipositas, Ernährungs- und Mundgesundheitsverhalten sowie Impfungen und der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Allerdings ergeben die differenzierten Analysen, dass Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken innerhalb der Migrantengruppe sehr ungleich verteilt sind, wobei Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund überproportional häufig von Risiken betroffen sind (im Gegenzug sind die gesundheitlichen Lebenslagen sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund mit jenen ohne Migrationshintergrund vergleichbar).

¹ Zur differenzierten Betrachtung der Studienergebnisse wird methodisch grundsätzlich in ein- und beidseitigen Migrationshintergrund unterschieden. Über einen beidseitigen Migrationshintergrund verfügen Kinder und Jugendliche, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert und/ oder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit sind. Sind sie in Deutschland geboren und ist ein Elternteil aus einem anderen Land zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, spricht man von einem einseitigen Migrationshintergrund.

Deutliche Unterschiede lassen sich vor allem nach Herkunftsland, Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration konstatieren. So gehören Kinder und Jugendliche aus der Türkei und den arabisch-islamischen Ländern mit Abstand am häufigsten der untersten Sozialschicht an und weisen den geringsten Grad an sozialer Integration (Deutschkenntnisse, schulische und berufliche Integration, soziale Einbindung, aufenthaltsrechtliche Situation etc.) auf. Insbesondere ein niedriger sozioökonomischer Status korreliert hier mit einem erhöhten Krankheitsrisiko.

Priorität sollte nach Ansicht der Forscher daher der Erhaltung der gesundheitsfördernden (kulturellen) Ressourcen beigemessen werden. So geht z.B. eine längere Aufenthaltsdauer bzw. die Zugehörigkeit zur zweiten oder dritten Einwanderergeneration offensichtlich mit einer Veränderung des Lebensstils einher, der durch zunehmend ungünstigere (und vor allem ungesündere) Verhaltensmuster geprägt ist. Beispielhaft werden in diesem Zusammenhang der zunehmende Konsum von Fast Food Produkten und eine abnehmende Stillbereitschaft und -dauer aufgeführt. Daher gelte es, eine zielgenaue Planung unter Berücksichtigung der Verknüpfung von gesundheits- und sozialpolitischen Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage in der Bevölkerung unbedingt zu beachten, so die Autoren der Studie.

Weitere politische Forderungen zielen auf eine migrantensensible Ausgestaltung präventiver Angebote ab, die – zielgruppendifferenziert - Herkunftsland, Altersgruppe, Einwanderergeneration etc. berücksichtigt.

Vor allem die Veränderung ungünstiger Verhaltensmuster (Ernährungs-, Bewegungs-, Inanspruchnahmeverhalten von Impfungen etc.) erfordert nach Ansicht der Forscher eine Initiierung bzw. Intensivierung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitserziehung und Wissensvermittlung über bestehende Angebote der gesundheitlichen Versorgung. Denn eine der Hauptursachen für Benachteiligungen in Folge von Migration, insbesondere für neu bzw. selbst zugewanderte Kinder und Jugendliche, wird in Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem gesehen, die hauptsächlich durch Sprach- und Verständigungsprobleme sowie Informationsdefizite bedingt sind.

Ein vorbildliches Projekt, das in diesem Zusammenhang Erwähnung finden sollte, ist „Mit Migranten für Migranten – MiMi“ des Ethno-Medizinischen Zentrums

trums in Hannover (EMZ) und des BKK Bundesverbands. Bereits seit 2003 werden in mittlerweile neun Bundesländern Angebote des deutschen Gesundheitssystems für Menschen mit Migrationshintergrund verständlich aufbereitet zur Verfügung gestellt. Dabei helfen speziell als Multiplikatoren ausgebildete Gesundheitslotsen und ein in 15 Sprachen erschiener „Gesundheitswegweiser“.

Generell wird das Thema Migration gesundheitspolitisch zunehmend aufgegriffen. Die **Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit** vom Mai diesen Jahres akzentuiert die Situation von Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund. Die wich-

tigsten Handlungsfelder sind demzufolge der Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung, die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Minderung gesundheitlicher Risiken. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat in Ihrer **Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“** präventive Angebote speziell für die Zielgruppe der Migranten bereit gestellt.

Folgeuntersuchungen werden jedoch erst belegen können, inwieweit die (geplante) Fokussierung auf die Bedürfnisse der Migrantenpopulation - durch entsprechende Interventionen - eine Veränderung bzw. Verbesserung deren Gesundheitssituation bewirken wird.

Stillstand, Blockaden und Umwälzungen - eine Vorab-Bilanz der Gesundheitspolitik unter Merkel und Schmidt

Siegfried Dierke

Mit großen Versprechungen ist die „große Koalition“ vor 3 Jahren angetreten, nun wird das letzte Jahr vor der nächsten Bundestagswahl eingeläutet. Neben einigen begrüßenswerten Veränderungen, die jedoch zumeist nur unter der Lupe betrachtet als großartige Erfolge zu vermarkten sind, und einer radikalen Umwälzung der Struktur des Krankenversicherungssystems, die erst in den nächsten Jahren richtig wirksam wird und schon heute weiten Teilen der Koalition kaum mehr schmeckt, ist das komplexe Feld der Gestaltung und Steuerung des Gesundheitssystems vielfach durch gegenseitige Blockaden der Regierungsfaktionen gekennzeichnet.

„Erfolge“

Das Gesundheitssystem bleibt nach wie vor eine Dauerbaustelle, daran haben auch 3 Jahre schwarz-roter Großkoalition nichts geändert. Nach der Reform ist vor der Reform, dieser Leitsatz gilt erst recht nach den großen Systembrüchen, die von der Bundesregierung auf den Weg gebracht wurden, deren Auswirkungen aber größtenteils erst auf uns zurollen und in ihren Wirkungen nur schwer abschätzbar sind. Ein Novum brachte allerdings das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG): Erstmals seit 20 Jahren bescherte eine so genannte Gesundheitsreform den Versicherten scheinbar keine Leistungsausgrenzungen, sondern Ausweitungen des Versorgungsanspruchs, bspw. im Hospiz-Bereich und bei Eltern-Kind-Kuren. Und zumindest ein Großteil derjenigen, die bisher ohne Krankenversicherungsanspruch waren, können sich nun versichern, ja sie müssen es sogar. Leider kommen nicht alle Menschen, die hier leben, in diesen Genuss, und für viele erweist sich die neue Versicherungspflicht als kaum bezahlbar.

Demnächst wird ein Gesetzentwurf in den Bundestag eingebracht, der den umfänglichen Bereich genetischer Untersuchungen regeln soll. Wenngleich vielfach berechtigter Weise kritisiert, könnte solch ein Gesetz dazu beitragen, die Gendiagnostik aus der Grauzone zu bringen. Des Weiteren hat sich die Regierung einen willfähigen **Ethikrat** geschaffen, dessen Zusammensetzung von ihr und den Regierungsfaktionen zu über 80% kontrolliert wird.

Pflege und Demenz

Einen weiteren Erfolg preist das BMG in diesen Wochen marktschreierisch an: Für die Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen werden mehrere hundert Millionen Euro jährlich zusätzlich zur Verfügung gestellt. Durch diese neuen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherungen stehen jedoch - sowohl für die ambulant wie für die stationär Betreuten - durchschnittlich nicht mehr als 1 - 1,50 Euro täglich zur Verfügung. Dies passt ins Gesamtbild einer Reform der Pflegeversicherung, die zwar erstmalig seit ihrer Einführung im Jahr 1995 (geringfügige) Erhöhungen der Leistungen vorsieht, aber von gegenseitiger Blockade innerhalb der Koalition geprägt war.

Die Erhöhungen der Leistungsbeträge im ambulanten Bereich gleichen nicht einmal den inflationsbedingten Wertverlust aus. Für den Großteil derjenigen, die in Heimen leben, gibt es keinen Cent mehr. Ulla Schmidt konnte sich mit der Idee eines bezahlten Pflegeurlaubs für Angehörige nicht durchsetzen. Die privaten Versicherungsunternehmen kommen - genauso wie bei der Gesundheitsreform - weitgehend ungeschoren davon, aber auch die Union musste auf die im Koalitionsvertrag festgelegte Einführung einer kapitalgedeckten Säule der Finanzierung verzichten.

Somit bleibt die Pflegeversicherung für die Betroffenen und die Angehörigen eine unzureichende und kostspielige Teilkaskoversicherung. Und ein Grundübel wurde nicht ausgeräumt: Die Definition der Pflegegestufen berücksichtigt vor allem Auswirkungen körperlicher Symptome. Die Kommission zur Neuentwicklung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird ihre Er-

gebnisse erst in einigen Monaten vorlegen, für gesetzliche Neuregelungen vor den Bundestagswahlen zu spät. Die Betroffenen werden somit weiter lange darauf warten müssen, dass die Ermöglichung von Teilhabe und der tatsächliche Bedarf bei der Absicherung der Pflege berücksichtigt werden.

Gescheiterte Projekte

Auch in anderen Bereichen hat sich die Koalition gegenseitig blockiert: Ein Gesetz zur Errichtung einer **Arzneimittelagentur** (anstelle des bisherigen Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte) wurde „auf Eis gelegt“ und ist dort mittlerweile entschlafen. Ein vom BMG vorgelegter Entwurf für ein Präventionsgesetz liegt nach Aussagen von Gesundheitspolitikern „im Koma“. Und das Thema Patientenverfügung befindet sich in einer Warteschleife. Das anstehende **Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz** wird den Not leidenden Kliniken zwar mehr Geld insbesondere für die Personalkosten bescheren, wofür jedoch die Krankenkassen (und damit die Versicherten) aufzukommen haben. Die Behebung des gewaltigen Investitionsstaus von 50 Mrd. Euro bleibt ungeklärt. Die Arzneimittelausgaben galoppieren trotz **Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz** ungebremst davon, die zusätzlich geschaffenen Regelungen zur Eindämmung der Preisentwicklung erweisen sich als untauglich, dennoch stehen Positivliste oder Reduzierung des **Mehrwertsteuersatzes** (wie in vielen anderen europäischen Ländern) nicht auf der Agenda dieser Koalition. Und die **elektronische Gesundheitskarte**, deren flächendeckende Einführung für 2006 gesetzlich festgeschrieben war, dümpelt weiter vor sich hin, was allerdings nicht das Bedauerlichste ist. Mit dem GKV-WSG waren verpflichtende Ausschreibungen für den Hilfsmittelbereich vorgesehen, damit diese zu Lasten der Kassen verschrieben werden dürfen. Dies hätte zu Qualitätseinbußen und zur Bildung von Oligopolen auf Herstellerseite geführt. Aufgrund massiver Proteste rudert die Regierung nun mit eigenen Änderungsanträgen zum „Gesetzesentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV“ (GKV-OrgWG), das eigentlich die Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen festlegen soll, zurück.

Ärztenschaft

Die große **Reform der Arzthonorare** beschert den Niedergelassenen 2,7 Mrd. Euro Mehreinnahmen, zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft. Immerhin, 20 Jahre nach der Wiedervereinigung kommt darüber auch die Anpassung der Honorare

in Ost und West nach vorne, doch hätten auch andere Finanzierungswege beschritten werden können. Das statistische Bundesamt ermittelte für niedergelassene Ärzte ein Durchschnittseinkommen von 120.000 Euro im Jahr, vor Steuern, Kranken- und Altersversicherung, allerdings nach Abzug aller Praxiskosten, je nach Berufsgruppe zwischen 60.000 und 40.000 Euro. Ein Ausgleich innerhalb der Ärzteschaft wäre sozial gerechter gewesen als weitere 50 Euro im Schnitt von jedem Krankenkassenmitglied an die Ärzte auszuschütten.

Doch jenseits der Honorarreform gibt es im ambulanten Bereich weitere einschneidende Veränderungen: Über das Vehikel „Medizinische Versorgungszentren“, die in der Realität mit dem Poliklinikmodell der DDR meist wenig zu tun haben, fassen finanzkräftige private Klinikkonzerne Fuß auf diesem Sektor. Und auch die Krankenkassen nehmen über direkte Verträge, die sie an den kassenärztlichen Vereinigungen vorbei schließen können, verstärkt Einfluss auf die Ärzteschaft. Mit dem **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz** 2006 sah die Koalition eine Flexibilisierung für den Bereich der niedergelassenen Ärzte vor, um drohender oder schon bestehender Unterversorgung zu begegnen. Meldungen über positive Auswirkungen sind jedoch noch rar.

Gesundheitsfonds

Das Flaggship der gesundheitspolitischen Regelungen dieser Regierung ist aber der **Gesundheitsfonds** mit allen seinen Begleitmaßnahmen. Die SPD preist den vorgesehenen einheitlichen Beitragssatz als ihren Erfolg. Die Union hingegen verkauft dieses Gebilde als ihren Erfolg, da sie mit den vorgesehenen Zusatzbeiträgen den Einstieg in die Kopfpauschale geschafft hat. Und damit liegt sie wohl näher an der Wahrheit als Ulla Schmidt. Denn der „einheitliche“ Beitragssatz wird konterkariert durch Bonuszahlungen an die Mitglieder, was allerdings wohl nur wenige Kassen umsetzen werden, und durch Zusatzbeiträge, die bis zu 8 Euro monatlich einkommensunabhängig oder bis zu 1% des Einkommens über kurz oder lang auf die meisten Versicherten zukommen werden. Und für die nächsten 8 Mrd. Euro Ausgabensteigerungen im Gesundheitsbereich müssen die Arbeitgeber keinen einzigen Euro dazugeben. Die Parität, also hälftige Finanzierung, ist hier noch einmal mehr ausgehebelt worden.

Doch viele Kassen werden selbst dann kaum überlebensfähig sein, wenn sie den gesetzlich vorgesehenen maximalen Zusatzbeitrag von 1% des Bruttoeinkommens von ihren Versicherten verlangen.

Entgegen der Argumentation aus dem Bundesgesundheitsministerium hat das aber nicht mit Unwirtschaftlichkeit dieser Kassen zu tun, sondern mit dem völlig unzureichenden Finanzausgleich zwischen den Kassen: Durch die Einführung eines so genannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sollten alle Kassen gleiche Ausgangsbedingungen im „Wettbewerb“ erhalten, trotz unterschiedlicher Struktur ihrer Mitglieder hinsichtlich Alter, Einkommen und auch Erkrankungswahrscheinlichkeit. Die im GKV-WSG festgelegte Beschränkung dieses morbi-RSA auf 50-80 Krankheiten und deren Auswahl werden aller Voraussicht nach zur Folge haben, dass Kassen mit mehr Gesunden im Vorteil bleiben. Und andere Krankenkassen mit vielen Kranken können recht schnell an den Punkt kommen, dass sie die Ausgaben für die Behandlung ihrer Versicherten nicht mehr begleichen können, auch wenn sie neben den Zuweisungen aus dem Fonds noch den höchst möglichen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Dann sollen sie, wie Wirtschaftsunternehmen, Pleite gehen dürfen. Dazu wird derzeit ein Gesetz durch den Bundestag gebracht, dass für alle Kassen die Insolvenzfähigkeit vorseht. Kassen werden zukünftig quasi zu konkurrierenden Unternehmen, anstelle von Körperschaften, die als mittelbare Staatsgewalt in staatlichem Auftrag für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aufkommen.

Darin – und nicht in einem Beitragssatz von 15,5 oder 15,8 Prozent – liegt das

wahre Übel dieses Fonds und der Gesundheitspolitik dieser Bundesregierung. Denn die Mehrausgaben für Ärzte, Krankenhäuser und den Pharmasektor wären auch ohne den Gesundheitsfonds auf die Versicherten zugekommen. Aber Gesundheit wird mehr und mehr zur Ware: Kassen werden zu Unternehmen, Aktiengesellschaften drängen in den Bereich der ambulanten Versorgung vor, die **Privatisierung** der Krankenhauslandschaft ist hierzulande ohnehin doppelt so weit fortgeschritten wie in den USA, Länder werden aus der Haftung für Krankenkassen entlassen und kommen ihren Verpflichtungen bei den Investitionskosten der Krankenhäuser nicht nach. Versicherte und Patienten haben neben ihren normalen Versicherungsbeiträgen Zuzahlungen und Eigenleistungen zu entrichten, Zusatzbeiträge abzuführen und ggf. auch noch private Zusatzversicherungen abzuschließen, um eine umfassende Gesundheitsversorgung zu erhalten. Zwei-Klassen-Medizin und Kommerzialisierung schreiten Hand in Hand voran, die herrschende Gesundheitspolitik bereitet ihnen das Terrain. Im jetzt bald beginnenden Bundestagswahlkampf wird die wachsende Unzufriedenheit über diese Entwicklungen sicherlich eine große Rolle spielen, schließlich sind Kranke, Versicherte und auch Beschäftigte im Gesundheitswesen keine zu vernachlässigende Wählerschar. Es ist aber dennoch mehr als zweifelhaft, dass politische Kurskorrekturen vorgenommen werden. Vor den Wahlen sowie so nicht.

Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit

Burkhard Gusy

Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit ist eines der zentralen gesundheitspolitischen Probleme des 21. Jahrhunderts. Es ist vielfach Querschnittsaufgabe öffentlich geförderter, gesundheitsbezogener Interventionsprojekte, sich verstärkt diesem Aspekt zu widmen. Die Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen zur gesundheitlichen Ungleichheit sind jedoch vielschichtig – so dass eine internationale

Expertengruppe beauftragt wurde, den Erkenntnisstand der bisherigen Forschung zu sichten und Handlungsempfehlungen zu formulieren. Die Ergebnisse dieses Projekts sind in einer Monografie von Siegrist & Weyers (2004), Siegrist & Marmot (2006; deutsch 2008) veröffentlicht und werden hier zusammenfassend dargestellt.

Niedrige soziale Schichtzugehörigkeit ist vermutlich weltweit die stärkste einzelne Einflussgröße auf vorzeitige Erkrankungen und Sterbefälle, resümiert Williams 1998 in der Zeitschrift der American Medical Association. Von der European Science Foundation (ESF) wurde ein wissenschaftliches Programm „Social Variations in Health Expectancy in Europe“ (1999-2004) finanziert, um in diesem Problem-bereich „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ zu Fortschritten zu kommen. 70 Wissenschaftler aus Europa, Kanada und USA arbeiteten in diesem Programm zu-

sammen entlang drei verschiedener Themenstränge:

- der Lebenslaufforschung

Die in der Psychologie und Soziologie bereits etablierte Lebenslaufforschung gewinnt auch in der Sozialepidemiologie an Bedeutung. Zentrale Annahme ist, dass individuelles Wohlbefinden durch Prozesse gesteuert wird, die über den gesamten Lebenslauf wirksam sind. Diese öko-soziale Perspektive der Forschung identifiziert Risikofaktoren auf unterschiedlichen Ebenen (gesellschaftlich, zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Nachbarschaft sowie individuell).

- den sozialen und psychischen Determinanten von Gesundheit im mittleren Lebensalter

Dieser Forschungsstrang rankt sich um die Frage, welche Möglichkeiten einer Person zur Verfügung stehen, um zentrale Bedürfnisse nach Wohlbefinden, Pro

duktivität und positiver Selbsterfahrung zu erfüllen. Es bieten sich bei Erwachsenen hierzu verschiedene Bereiche an: Partnerschaften/Familien, das Arbeitsleben sowie die Bürgerrolle. Im Rahmen dieses Forschungsprogramms wurde das Arbeitsleben ausgewählt.

- den Beitrag makrosozialer Faktoren genauer zu untersuchen

Hinter diesem Thema verbirgt sich die Frage wie Einkommensungleichheit und strukturelle Benachteiligung auf die Gesundheit wirken. Diese Betrachtung ist insofern innovativ, da die bisherige Forschung eher individuenzentriert war. Neue statistische Verfahren wie die Mehrebenenanalyse bieten in den letzten Jahren die Möglichkeit, auch kontextuelle Faktoren bei der Analyse komplexer Daten zu berücksichtigen.

Um diese Fragestellungen zu bearbeiten wurden vorhandene Datensätze großer Studien (z.B. Alameda County Study, Whitehall Study, Gazel-Studie) reanalysiert, z.T. mit innovativen statistischen Verfahren.

Einflüsse des Lebenslaufs in unterschiedlichen Lebensabschnitten auf eine Reihe psychischer Erkrankungen wie Depression sind gut untersucht. Zu diesen zählen eine unsichere Bindung in früher Kindheit und Einflüsse, welche den Bindungsprozess erschweren, frühe psychosoziale Belastungen (z.B. Trennung der Eltern), Aufwachsen bei nur einem Elternteil, Mangel an emotionaler Unterstützung oder Vertrauensbeziehungen, beruflicher Dauerstress, familiäre Konflikte (Power & Kuh, 2008). Starke, von der Norm abweichende Gewichtsveränderungen von der Geburt bis zur Adoleszenz begünstigen koronare Erkrankungen und ein eingeschränktes körperliches Funktionsvermögen in höherem Erwachsenenalter. Unterschiede in der neuronalen Entwicklung variieren mit Ungleichheiten des körperlichen Funktionsvermögens, eingeschränkter psychischer Befindlichkeit sowie der Lebenserwartung. Belastende sozio-emotionale Erfahrungen in der Kindheit reduzieren die spätere subjektive Gesundheit und erhöhen die Stressanfälligkeit. Deutlich wird in diesen Analysen zwar die Verknüpfung biologischer und sozialer Prozesse, die Autorinnen wünschen sich aber zukünftig auf einzelne Aspekte des Lebenslaufs fokussierte Längsschnittstudien, in denen auch biologische Mechanismen untersucht werden können. Die Befundlage legt eine Reihe gezielter Interventionen in unterschiedlichen Altersgruppen nahe: In frühen Entwicklungsabschnitten könnten dies

Interventionsprogramme in Kindergärten und Schulen sein, welche auf gelingende kognitive, emotionale und biologische Entwicklungsverläufe, auf günstige soziale Entwicklungen sowie auf gesundheitsförderndes Verhalten abzielen. Im Übergang von der Jugend in das Erwachsenenalter könnten für in der Kindheit sozial oder biologisch benachteiligte Personen Angebote formuliert werden, die diese Nachteile kompensieren. Interventionen, die auf makrosoziale Faktoren zielen, sollten gesundheitsschädigendes Verhalten eindämmen. Hierzu zählen Power & Kuh eine Einschränkung bzw. ein Verbot von Werbung für Zigaretten, ungesunde Ernährung sowie die Förderung von Bewegungsangeboten (kostengünstige Sportangebote).

Berkman & Melchior, die den Zusammenhang von sozialer Integration, Familienstrukturen und Gesundheit analysieren, zeigen, dass das Risiko allgemeiner Sterblichkeit (Krebsmortalität, tödliche Unfälle oder Suizide) deutlich durch das Ausmaß sozialer Integration beeinflusst wird und zwar mit graduell ansteigendem Risiko bei abnehmenden sozialen Netzwerken. Die Autorinnen diskutieren die Befunde vor dem Hintergrund makrosozialer Strukturen wie der jeweiligen nationalen Familien- und Einwanderungspolitik. Sie erhoffen sich gesundheitliche Effekte aus makrosozialen Interventionen der Sozialpolitik (arbeits- und familienfreundlichen Lebensbedingungen) von denen sozial Benachteiligte am meisten profitieren dürften.

Siegrist & Theorell (2008) analysieren den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit vor dem Hintergrund zweier theoretischer Modelle (Anforderungs-Kontroll-Modell, berufliche Gratifikationskrisen). Im Anforderungs-Kontroll-Modell wird postuliert, dass psychosozial belastende Arbeitsbedingungen aus einer Kombination hoher quantitativer Anforderungen und begrenzter Kontrolle resultieren. Begrenzte Kontrolle am Arbeitsplatz beinhaltet zum einen geringe Entscheidungsspielräume bezogen auf die Arbeit und zum anderen begrenzte Möglichkeiten, eigene Fertigkeiten und Fähigkeiten bei der Aufgabenerfüllung anzuwenden. Empirisch ebenso gut belegt sind die Annahmen des Modells beruflicher Gratifikationskrisen, in dem chronischer Stress auf die nicht angemessene Belohnung bei beruflicher Verausgabung zurückgeführt wird. Dieses Missverhältnis steigt bei Personen mit geringeren Alternativen auf dem Arbeitsmarkt.

Stephens referiert Ergebnisse der Whitehall-Studie und verweist auf den Zusammenhang zwischen Stressreaktivität bzw. -erholung und sozialem Status. Nach mittlerweile auch in naturalistischen Studien bestätigten Ergebnissen weisen Personen mit niedrigem sozialen Status eine höhere Stressreaktivität (Kortisolspiegel) und eine geringere Erholung nach Stressexposition auf.

Kristenson sowie Bosma konzentrieren sich auf das Bewältigungsverhalten. Unterschieden wird, wie Personen Herausforderungen und Bedrohungen wahrnehmen und wie sie auf diese reagieren (Bewältigungsstrategie) sowie die Erwartung und Erfahrung in Bezug auf eigene Bewältigungsanstrengungen (Bewältigungsfähigkeit). Letztgenannte ist abhängig von vorangehenden Bewältigungserfahrungen. Die laut Kristenson in sozial benachteiligten Gruppen geringere Möglichkeit positive Ergebniserwartungen in der Kindheit zu entwickeln, führe zu einer geringeren Stressresistenz im Erwachsenenalter und erhöhe die Empfänglichkeit für stressassoziierte Erkrankungen. Die von Bosma angeführten epidemiologischen Daten stützen diese Annahme. Er stellt fest, dass Kontrollüberzeugungen einen relevanten Anteil der Beziehung zwischen sozialem Stress und koronaren Herzkrankheiten zu erklären vermögen.

Van Lenthe analysiert den Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung auf Stadtteilebene und Sterblichkeit mit Daten aus mehreren Ländern. Ein erhöhtes relatives Sterblichkeitsrisiko zeigt sich auch hier für Personen aus sozial schwächeren Regionen sogar dann, wenn der individuelle sozioökonomische Status kontrolliert wird.

Espen & Dahl konstatieren, dass in egalitären und wettbewerbsorientierten Gesellschaften das Ausmaß sozialer Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit ähnlich stark ausgeprägt ist. Die vergleichsweise geringsten sozialen Differenzierungen ungünstiger Gesundheit weisen die skandinavischen Länder auf.

Die Autoren argumentieren dafür, dass dies auf eine vergleichsweise geringe Einkommensungleichheit (Finnland) zurückzuführen sei und diese einen protektiven Effekt ausübe. Für denkbar halten die Autoren aber auch, dass die sozialstaatliche Absicherung vor wirtschaftlichen Krisen negative gesundheitliche Folgen kompensiere.

Die in diesem Buch zusammengeführten Befunde sind die besten Belege für den Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit. Die Daten großer Längsschnittstudien wurden genutzt, um die vorgestellten Analysen durchzuführen. Gerade die Analysen makrosozialer Faktoren auf die Gesundheit sind innovativ. Die Frage ist abschließend, wie sich dieses Wissen in gesundheitspolitisches Handeln umsetzen lässt. Bezüglich der Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit ist Großbritannien gegenwärtig führend, gefolgt von Schweden und den Niederlanden. Um die Wirksamkeit realisierter Maßnahmen abzuschätzen ist es wichtig, die Maßnahmen theoretisch zu begründen, ein zur Prüfung der Wirksamkeit dieser Maßnahmen geeignetes Studiendesign zu entwickeln und umzusetzen sowie die Effizienz und Effektivität der Maßnahmen zu dokumentieren.

Literatur

Siegrist, J., Marmot, M., Siegrist, J. & Marmot, M. (2006). *Social inequalities in health: New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford Univ. Press.

Siegrist, J. & Marmot, M. (2008). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (1. Aufl.). Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber.

Siegrist, J. & Weyers, S. (2004). *Social Variations in Health Expectancy in Europe: An ESF Scientific Programme 1999 – 2003*. Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/health/> [29.9.2008].

Kurz vorgestellt

Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2008). *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten* (24 Euro).



In diesem Band werden die nationalen Ergebnisse des zweiten WHO-Jugendgesundheits surveys „Health behavior in school aged children“ (HBSC) vorgestellt. An der HBSC Studie beteiligen sich Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahren aus über 40 Ländern (Europa, USA, Kanada, Israel) denen Fragen zu ihrer subjektiven Gesundheit, zu ihrem Gesundheitsverhalten sowie ihrer Lebenssituation vorgelegt werden. 11.513 Schülerinnen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren wurden im Jahre 2006 befragt. Aus diesen Daten wurde ein für Deutschland strukturtypischer Datensatz gebildet, gewichtet an der Anzahl der Schüler in öffentlichen Schulen in den verschiedenen Klassenstufen.

Der erste Band, der 2003 erschien, war noch als Basispublikation konzipiert, in dem Eckdaten zur Kinder- und Jugendgesundheit vorgestellt wurden. In diesem Band werden die Ergebnisse aktualisiert und ein Thema akzentuiert: Wie interagieren soziale Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten und wie bestimmen diese die Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten.

Im 120 Seiten umfassenden ersten Teil des Buches wird die sozial ungleiche Verteilung gesundheitlicher Risiken analysiert und diskutiert (Substanzkonsum, Ernährungsverhalten, Gewalt und Mobbing, Mi-

gration). Der zweite Teil ist dem Zusammenhang sozialer Kontexte (Schule, Familie, Gleichaltrigengruppe) und Risikoverhalten bzw. subjektiver Gesundheit gewidmet.

Die Autoren arbeiten heraus, dass sich nicht für alle betrachteten Indikatoren von Gesundheit sozioökonomische Unterschiede zeigen lassen. Die sozialen Kontexte Schule oder Gleichaltrigengruppe wirken teilweise eigenständig auf die subjektive Gesundheit.

Ziel präventiver Maßnahmen sollte nach vorliegenden Befunden die Reduzierung ungleicher Lebenschancen sowie die Unterstützung benachteiligter Familien sein.

Mit der Fokussierung auf eine inhaltliche Fragestellung hat diese Publikation gegenüber der vorherigen deutlich gewonnen. Die Darstellung ist differenziert und nur in Teilen deskriptiv. Auf empirische Analysen sinnvoller Bezüge zu anderen Merkmalsbereichen wird nicht verzichtet. Trotz teilweise anspruchsvoller Auswertungsstrategien (z.B. Mehrebenenanalysen) bleiben die Darstellungen auch für methodisch nicht so versierte Leser nachvollziehbar. Für Gesundheitswissenschaftler, die sich mit Kinder- und Jugendgesundheit beschäftigen, ist dieses Buch dringend zu empfehlen. Es bietet ebenso denjenigen Anregung, die attraktive Gesundheitsberichte erstellen wollen.

Kurz vorgestellt

Razum, O., Zeeb, H. & Laaser, U. (Hg.) (2006). *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in international Public Health*. Bern: Huber (39.95 Euro)



Globalisierung und Gerechtigkeit sind Schlagworte, die vielfach geführt werden, die Verbindung mit dem Thema Gesundheit aber ist sicherlich noch ungewöhnlich, wenngleich eine lohnende Betrachtung. Nach einem einführenden Beitrag von Ilona Kickbusch in das Thema werden drei Themenstränge bearbeitet: die politisch-historische Dimension und die unmittelbaren Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit, Prinzipien und Lösungsansätze im internationalen Vergleich sowie Handlungsbedarfe.

Im einführenden ersten Teil werden ausgehend von der Frage der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitliche Herausforderungen in einem Überblick dargestellt und vor dem Hintergrund der Globalisierung analysiert. Ausgehend von der weltweiten Ungleichheit bei der Kindersterblichkeit zeigt z.B. J. Diesfeld, dass diese in Deutschland im 19. Jahrhundert vergleichbar war mit der in Entwicklungsländern des 21. Jahrhunderts. Rudolf Virchow befasste sich seinerzeit hierzulande mit dem Problem: In bedrückender Weise zeigen seine Forderungen Parallelen zu denen der Weltgesundheitsorganisation von heute. Nicht nur die Kindersterb-

lichkeit, sondern auch andere Gesundheitsrisiken und –probleme sind ungleich verteilt (übertragbare Krankheiten, Rauchen).

Auf die Zusammenhänge zwischen einer globalisierten Weltwirtschaft und der weltweiten Gesundheit verweist D. Schwefel. Eine Verbesserung der Gesundheit in ärmeren Ländern ist immer mit Armutsbekämpfung verknüpft. Da Gesundheit - so U. Laaser im zweiten Teil des Bandes - als eine essenzielle Voraussetzung für wirtschaftliche Entwicklung, gesellschaftliche Entwicklung und Friedenssicherung gesehen wird, lesen sich die wichtigsten Aufgabenstellungen von Public Health wie folgt: Herstellung gerechter Austauschbeziehungen, Friedenssicherung, Bekämpfung der essenziellen Armut, Verfügbarmachen von Basisgesundheitsdiensten, Schutz durch eine soziale Gesundheitsversicherung, Umweltschutz sowie sexuelle Selbstbestimmung der Frauen.

Als vordringlich zu lösende Public Health Probleme werden im dritten Teil des Buches die Kindersterblichkeit, die sexuelle Ausbeutung von Kindern und Jugend

lichen, die Bekämpfung neuer Infektionskrankheiten (z.B. HIV/AIDS, SARS, Malaria) sowie chronischer Krankheiten dargestellt. Die Probleme warten auf Lösungen, zu denen eine international orientierte Public Health Forschung und -Praxis einen Beitrag leisten kann.

Mit diesem Buch wird eine Lücke im deutschsprachigen Raum sichtbar. Es fehlt eine Einführung in die Gesundheitswissenschaften/Public Health in internationaler, vergleichender Perspektive.

Geschlossen werden kann diese Lücke durch die vorliegenden Beiträge nur exemplarisch, jedoch werden alle wichtigen Themen einer internationalen Public Health Perspektive angesprochen und die Notwendigkeit einer intensiven Kooperation über traditionelle Grenzen zwischen Ländern und Organisationen hinweg angemahnt. Lesenswert ist diese Publikation insofern für alle gesundheitswissenschaftlich interessierten Leser.

Impressum

Herausgeber:

FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung
Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

e-Mail: ipg-newsletter@fu-berlin.de

Redaktion:

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 15. Dezember 2008

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den Verteiler aufnehmen lassen.